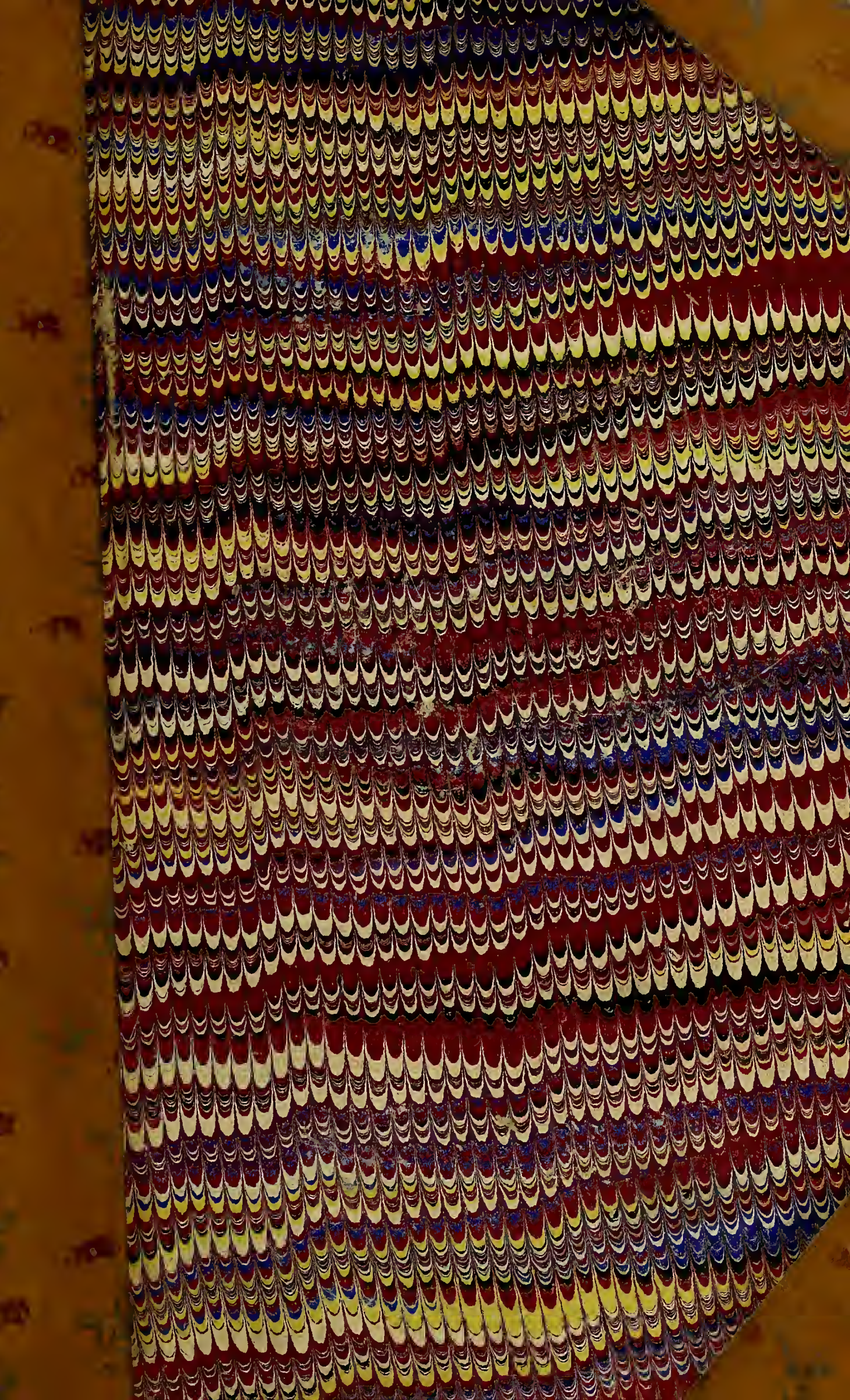


TRAITÉ

DES

FISTULES URO-GÉNITALES

DE LA FEMME.



BRUXELLES, IMPRIMERIE DE J. DELFOSSE, LITHOGRAPHE DE LA COUR.

TRAITÉ

DES

FISTULES URO-GÉNITALES

DE LA FEMME,

COMPRENANT

LLS FISTULES VÉSICO-VAGINALES, VÉSICALES CERVICO-VAGINALES,
URÉTHRO-VAGINALES,
VÉSICALES CERVICO-UTÉRINES, VÉSICO-UTÉRINES,
URÉTÉRO-VAGINALES ET URÉTÉRALES CERVICO-UTÉRINES;

PAR

L. DEROUBAIX,

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX CIVILS DE BRUXELLES,
PROFESSEUR D'ANATOMIE ET DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES,
MÉDECIN CONSULTANT DE S. M. LE ROI DES BELGES,
MEMBRE TITULAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
MEMBRE DE LA COMMISSION MÉDICALE PROVINCIALE DU BRABANT, ETC.,
OFFICIER DE L'ORDRE DE LÉOPOLD.

BRUXELLES,
HENRI MANCEAUX,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DES TROIS-TÊTES, 9.

PARIS,
J.-B. BAILLIÈRE & FILS,
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1870

Le but principal que je poursuis en publiant cet ouvrage est de rendre plus général, plus familier, plus populaire, le traitement chirurgical des fistules uro-génitales.

Cette espèce d'affection est sans contredit l'une des plus tristes dont l'espèce humaine puisse être affligée. Les pauvres femmes qui en sont atteintes ont non-seulement à supporter un grand nombre de tortures physiques, mais elles sont encore souvent obligées de renoncer à leurs relations les plus chères et les plus intimes, de briser, pour ainsi dire, tous leurs liens de famille et de société, sans avoir même, comme l'a dit Dieffenbach, la triste consolation de pouvoir espérer qu'une mort prochaine les délivrera de tant de maux. Mais d'un autre côté, il est certain que l'art possède des moyens de guérison relativement doux, efficaces, souvent presque infaillibles, et que sa toute-puissance, dans le

traitement de ces maladies, ne peut plus être mise en doute aujourd'hui. Malgré tout cela cependant, nous voyons encore fréquemment de malheureuses créatures garder leur infirmité sans demander aucun secours, et se condamner au sort des incurables et des parias, tant elles sont persuadées qu'aucune puissance humaine n'est capable de les arracher à leur affreuse condition.

D'où cela vient-il?

Cela vient de ce que beaucoup de chirurgiens, et surtout beaucoup de médecins, ne sont pas encore suffisamment édifiés sur les ressources de la thérapeutique chirurgicale en ce qui concerne ces maladies, et surtout de ce qu'ils se font une idée fausse et exagérée des difficultés, des inconvénients et des dangers attachés aux opérations qui peuvent les guérir. Pénétrés de cette idée, ils la répandent dans le public. D'autres vont plus loin et croient de leur devoir, non-seulement de ne pas conseiller un appel à l'intervention de la chirurgie, mais encore d'en dissuader leurs patients par tous les moyens de persuasion et d'intimidation imaginables.

Les anciennes opinions sur la presque incurabilité des fistules tendent ainsi à se perpétuer, et les progrès récents de l'art, si incontestables, si admirables, si utiles, deviennent une lettre morte en présence de l'inertie ou de l'hostilité de ces singuliers antagonistes.

Les chirurgiens de premier ordre, ceux qui tiennent à suivre pas à pas tous les progrès de la science moderne, n'ont point, je le sais, de ces sortes de préjugés, et ce n'est pas chez eux, en général, qu'on est exposé à rencontrer de l'opposition à l'application d'une thérapeutique

aussi efficace et aussi rationnelle que celle qui guérit aujourd'hui les fistules urinaires de la femme. Tout au plus existe-t-il chez eux quelques différences sur le degré de confiance qu'ils accordent aux nouveaux procédés, et plus ou moins de disposition à s'occuper, avec toute l'attention et la persévérance qu'il réclame, du traitement des affections pour lesquelles ils ont été inventés. Mais là où le mal que je signale existe avec toutes ses fatales conséquences, c'est chez un certain nombre de praticiens qui, moins aguerris aux luttes chirurgicales, s'habituent facilement à ne considérer qu'avec une espèce de frayeur tout ce qui sort du cadre ordinaire de la routine, et sont tout disposés à considérer comme inabordables et presque inexécutables toutes les manœuvres opératoires portant avec elles un certain cachet de complication ou de délicatesse. Il en est parmi ceux-là qui, tout en possédant l'adresse et le talent nécessaires pour réussir, tout en pratiquant volontiers et fort bien des opérations usuelles, même celles d'entre elles qui exigent une certaine habileté, ne peuvent se résoudre à aborder une opération un peu plus artistique, une restauration ou une autoplastie un peu compliquée, par exemple, et surtout une opération de fistule vésico-vaginale. De là à déconseiller ces opérations, il n'y a qu'un pas, et ce pas ils le franchissent malheureusement trop souvent, au grand détriment de leurs malades.

C'est en partie pour changer cet état de choses, pour inspirer au corps médical incrédule ou hésitant et au public en général, la confiance que méritent certains traitements chirurgicaux dont l'efficacité a été sanctionnée par l'expé-

rience; c'est pour arriver à faire considérer par tout le monde comme parfaitement curables des malheureuses que des préventions maintiennent encore en grand nombre dans un état pire que la mort, que j'ai entrepris d'écrire ce livre, dont une des raisons d'être se rattache ainsi à un point de vue essentiellement humanitaire.

J'ai cru que le meilleur moyen de détruire les défiances et les appréhensions, était d'examiner le sujet à fond dans toutes ses parties; d'en analyser toutes les difficultés sans en cacher aucune, pour les simplifier, s'il est possible, ou du moins pour les réduire à leur juste valeur; d'embrasser toutes les variétés qui constituent les complications, pour que rien de ce qui peut se présenter à l'observation du praticien ne l'étonne, et qu'il soit armé d'avance contre les embarras ou les contre-temps qu'il est exposé à rencontrer; et enfin, d'incarner tous les éléments de cette étude dans des faits pratiques suffisamment développés pour n'offrir aucune partie obscure et ne permettre aucune interprétation équivoque.

Un autre but que j'ai eu en vue en exécutant ce travail, c'est de donner une notion, conforme à l'équité et à l'expérience, de tous les moyens qui ont été conseillés pour la guérison des fistules uro-génitales, et de déblayer le terrain des exagérations, des prétentions injustes, des jugements plus ou moins passionnés qui l'ont encombré dans ces derniers temps. Je m'explique :

Lorsque la nouvelle méthode américaine fit son apparition en Europe, en s'appuyant sur de nombreux et brillants succès pratiques, une admiration générale, un enthou-

siasme ardent et communicatif salua l'innovation et la représenta comme une découverte qui devait effacer tout ce que l'intelligence humaine avait produit jusqu'alors dans la thérapeutique des fistules urinaires. Des leçons cliniques, des publications nombreuses, des communications aux sociétés savantes proclamèrent partout la supériorité du nouveau traitement; des expérimentations heureuses, répétées par plusieurs praticiens à la fois, en augmentèrent encore la célébrité. Dans l'espèce d'exaltation fiévreuse qui caractérisa cette époque, il arriva souvent qu'on alla un peu trop loin, tant dans l'éloge du présent que dans la dépréciation du passé. On se laissa entraîner à surfaire de beaucoup la valeur de certaines parties constituantes de la méthode, et à attribuer à celle-ci, en toute propriété, des moyens d'exécution dont elle ne pouvait cependant pas raisonnablement revendiquer l'invention. C'était en même temps témoigner peu de respect pour la vérité scientifique, manquer de justice pour d'anciens travaux fort méritants, dénaturer le caractère de la méthode, et nuire, par une adulation suspecte, à ses qualités positives et réellement supérieures. Aujourd'hui que l'enthousiasme a eu le temps de se refroidir, que les années ont amorti la vivacité des premières impressions et que l'expérience a pu redresser bien des erreurs, la situation est devenue meilleure pour examiner les choses avec le sang-froid et l'impartialité nécessaires. Sous ce rapport, mon livre aura, sur la plupart des publications antérieures, l'avantage d'avoir pu être composé à un point de vue moins étroit et moins systématique, et dans des dispositions d'esprit

plus conformes aux exigences d'une appréciation sévère et consciencieuse. Sans diminuer en rien l'excellence des innovations modernes, sans dissimuler la préférence que je leur donne presque toujours sur les anciennes méthodes, il ne cherche cependant pas à leur faire effacer complétement les acquisitions péniblement amassées de la chirurgie des temps antérieurs. Il expose franchement les imperfections et les inconvénients des traitements nouveaux, et n'hésite pas à signaler les nombreux emprunts qu'ils ont pu faire à ceux qui les ont précédés. Il dépeint, en un mot, l'état de la science tel qu'il existe réellement, sans aucun parti pris d'avance pour ou contre telle ou telle thérapeutique, laissant dominer celles dont les avantages sont manifestement prépondérants, mais réservant la place qui leur convient à d'autres qui, sans être aussi parfaites, se recommandent cependant encore par certaines qualités incontestables.

Cet ouvrage est divisé en trois parties principales, comprenant : la première, l'historique de la fistule uro-génitale ; la seconde, l'appréciation critique de tout ce qui s'y rapporte ; la troisième, l'exposition clinique de mon expérience personnelle sur la pathologie et le traitement de la maladie.

L'histoire de la fistule m'a paru utile à faire, non-seulement pour pouvoir attribuer à chacun la part qui lui revient dans l'ensemble des connaissances et des progrès qui concernent le sujet, mais encore pour faire mieux apprécier la manière dont on l'envisage de nos jours. Il ne suffit pas, en effet, pour avoir une idée exacte d'un ensemble de doctrines et de préceptes, d'apprécier ceux-ci

isolément sans considérer leurs points d'attache dans le passé : un esprit investigateur n'est satisfait que quand il sait quelle en est l'origine, le mode d'évolution dans le temps, et la marche qu'a suivi l'esprit humain pour arriver à les concevoir et à les formuler dans leur état actuel. D'ailleurs, ce serait une erreur de croire que les connaissances d'aujourd'hui sont tellement perfectionnées qu'il n'y a plus rien à glaner dans les enseignements et la pratique de nos prédécesseurs : il y a là, au contraire, des matériaux qui peuvent encore fort bien être utilisés dans certains cas particuliers, et d'autres qui ne demandent peut-être que quelques modifications ou quelques perfectionnements pour occuper une place distinguée, même à côté des conceptions de la chirurgie moderne. Et quand ce ne serait que pour donner une base à l'initiative des inventeurs, pour les empêcher de travailler dans le vide en poursuivant des découvertes déjà faites avant eux, et pour leur épargner ainsi des déceptions fâcheuses et des reproches plus ou moins mérités, l'histoire des fistules uro-génitales aurait encore de tels avantages, qu'il serait impossible, même à l'esprit le plus prévenu, de ne pas en apprécier l'importance et l'incontestable utilité.

Ces considérations m'ont engagé à donner une certaine extension à cette partie de mon travail. Tout en cherchant à dépeindre d'une manière pour ainsi dire synoptique les travaux institués par la science et par l'art pour arriver à une pathologie exacte et à une thérapeutique heureuse, tout en m'attachant à représenter à grands traits les idées générales des auteurs et la physionomie particulière de leurs

doctrines, je n'ai point hésité à entrer dans les détails nécessaires pour faire apprécier convenablement leurs moyens d'exécution et leurs procédés opératoires. J'ai glissé assez légèrement, il est vrai, sur des procédés évidemment défectueux et sur des manœuvres justement et irrévocablement tombées en désuétude; et je n'ai point poussé le désir d'être complet au point de décrire et de représenter des instruments grossiers, fautifs, inutiles ou inusités. Mais je n'ai rien négligé pour donner une exposition nette et complète, du moins dans leurs parties les plus essentielles, de la théorie et de la pratique des grands maîtres qui ont occupé une certaine place dans l'histoire des fistules; et quoique l'arsenal chirurgical dont ils se servaient ait été remplacé depuis par des appareils plus parfaits, je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de faire dessiner leurs instruments, autant pour faciliter l'intelligence de ma description que pour permettre au lecteur d'établir une comparaison facile entre les moyens mécaniques anciens et modernes.

Cette esquisse historique ayant surtout pour objet l'exposition et la narration des faits, j'y ai été sobre de jugements concernant leur valeur, et je me suis souvent borné à quelques remarques relatives à leurs causes, à leur nature et à leur filiation. Une appréciation plus approfondie devait, on le conçoit, trouver mieux sa place dans la seconde partie, consacrée plus spécialement à la critique. J'ai donc renvoyé à cette partie tout ce qui rentrait dans le domaine de la discussion pure. Dans ce nouvel examen, j'ai revu un à un tous les éléments de la grande question des fistules uro-génitales, et je les ai envisagés, non plus,

comme dans la partie historique, au point de vue de leur ordre de succession et dans leurs relations avec l'ensemble des conceptions d'un auteur, mais bien sous le rapport de leur mérite absolu, intrinsèque, et de leur influence sur la précision des données pathologiques et l'efficacité de la thérapeutique. Cette revue analytique m'a permis de compléter ce que l'examen synoptique devait nécessairement présenter de superficiel et de personnel, par une étude directement appliquée à toutes les parties qui composent le sujet, en les considérant telles qu'elles étaient dans le passé et telles qu'elles sont dans le présent. Au lieu de me resserrer, comme l'exposé historique, dans la description pour ainsi dire servile des indications données par les auteurs, soit dans leurs écrits ou ceux de leurs disciples, soit dans leurs démonstrations cliniques, leurs leçons ou leurs enseignements particuliers, elle m'a donné la faculté de discuter tous les points controversables avec une entière liberté et de les présenter comme je les conçois, c'est-à-dire avec toutes les modifications, les suppressions et les additions complémentaires dont je crois l'adoption convenable ou nécessaire. Dans cette exposition de mes propres idées, je me suis surtout appuyé sur les résultats de mon expérience personnelle, et ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai cru pouvoir me borner au raisonnement seul pour établir mes opinions et légitimer mes convictions. On pourra trouver presqu'à chaque page des preuves de ce que j'avance. Ainsi, on y verra un grand nombre de conclusions basées presque exclusivement sur mes observations pratiques ; et mon respect pour les notions fournies par la

clinique est tel, qu'il ne sera pas rare d'y rencontrer des assertions qui, détruisant ce que j'avais cru pouvoir affirmer antérieurement, attesteront que je place l'amour de la vérité bien au-dessus de toutes les suggestions de mon amour-propre.

Considérant les préoccupations nationales et les abus qu'elles engendrent comme un des plus grands obstacles aux progrès des sciences, j'ai recherché, dans tous les pays, sans distinction aucune, les matériaux qui pouvaient alimenter et éclairer ma controverse. Peut-être y a-t-il eu dans cette recherche quelques oublis, quelques omissions; mais s'il en existe, comme je le crains, on peut être certain qu'ils n'ont pas été commis volontairement. Après avoir mentionné ces matériaux à l'état brut, pour ainsi dire, dans la partie historique, je les ai tous envisagés dans mon examen critique en leur appliquant la même mesure, c'est-à-dire en les appréciant avec toute la bienveillance, mais aussi avec toute la rigueur qu'exige une discussion loyale et désintéressée. La forme de ces productions scientifiques, si variable selon la tournure d'esprit des différents peuples, m'a beaucoup moins préoccupé que le fond, malgré l'estime qu'elle mérite et l'importance relative que je lui accorde. En somme, je me suis plutôt attaché aux idées qu'à leur expression, et j'ai établi mes jugements sur des principes tels que je serais heureux de les retrouver chez les praticiens qui voudraient bien à leur tour critiquer cet ouvrage.

Tout se touche et s'enchaîne dans les sciences et dans les arts : il m'a été impossible de parler du traitement

des fistules sans m'occuper en même temps de plusieurs questions capitales se rapportant à l'ensemble de la pratique chirurgicale. C'est ainsi que j'ai été conduit à examiner le traitement préparatoire qu'il convient de faire subir aux opérés, le régime moral et diététique auquel il faut les soumettre, les pansements qui leur sont avantageux ou nuisibles. Habitué à n'admettre comme bon que ce dont le but m'est connu et l'utilité démontrée, ennemi de tous les usages chirurgicaux qui ne reposent que sur une tradition aveugle ou une routine irréfléchie, j'ai eu l'occasion, à ce propos, de combattre certaines pratiques que je crois mauvaises et qui cependant sont encore acceptées par beaucoup de chirurgiens.

La partie clinique de l'ouvrage se compose de vingt-quatre observations, presque toutes recueillies par moi-même, et sur lesquelles s'appuient, comme je l'ai dit, la majeure partie des opinions que je me suis faites et des appréciations critiques que j'ai exprimées. J'ai cherché, dans ces observations, à représenter les faits tels qu'ils se sont produits, dans leur totalité, et même, autant que possible, dans leur ordre de succession, sans chercher à exagérer mes succès et sans dissimuler les mécomptes que j'ai eu quelquefois à subir. Persuadé qu'un recueil de ce genre ne présente un avantage réel et ne peut inspirer la confiance que pour autant qu'il reflète, sans les flatter, les réalités de la pratique, je me suis bien gardé de faire aucun triage dans les cas que j'ai traités; j'ai même insisté d'une manière toute spéciale sur ceux où mes efforts ont échoué : car je suis convaincu que, si la fréquente réussite établit la supériorité d'une méthode,

les échecs apportent souvent avec eux des enseignements qui conduisent aux moyens de la perfectionner encore. J'espère qu'on trouvera dans mes observations un tableau fidèle de la plupart des complications, des obstacles, des incidents fâcheux qui peuvent se présenter dans le traitement des fistules. En les rédigeant, j'ai tâché d'être aussi court que possible pour les cas simples qui n'ont rien offert que d'ordinaire et de régulier; mais je n'ai pas hésité à donner des descriptions assez minutieuses, lorsqu'ils se distinguaient par des circonstances exceptionnelles et par des particularités qui leur donnaient une physionomie particulière.

Ce répertoire clinique ne contient point tous les éléments généraux d'appréciation étiologique, diagnostique et thérapeutique qu'on pourrait exiger dans un travail parfait; mais j'ai dû le produire tel que les notes que j'avais à ma disposition me permettaient de le faire, et y laisser quelques lacunes, regrettables sans doute, mais cependant d'une importance secondaire. Malgré ces imperfections, il renferme des cas qui ne rentrent pas dans la pratique journalière et qui pourront à ce titre intéresser le lecteur. Ainsi, sans parler de ceux qui concernent des fistules doubles, très-larges, énormes, avec adhérences considérables, vésicales cervico-utérines, uréthro-vaginales, on en trouvera où l'orifice principal était accompagné de l'ouverture de l'uretère sur ses bords, d'oblitération du col utérin, de raccourcissement considérable du vagin, de déplacements remarquables de la matrice; on en rencontrera plusieurs qui se rapportent à des fistules opérées avec succès après plusieurs tentatives antérieures restées infruc-

tueuses, et d'autres qui ont nécessité différentes opérations successives (on verra que l'un d'eux m'a forcé de revenir jusqu'à dix fois à la charge avant d'obtenir le résultat désiré); on y observera des exemples d'opérations faites après la taille vésico-vaginale ou pendant la grossesse; d'autres, de déchirure accidentelle de la cicatrice qui avait amené la guérison, d'écoulement consécutif des règles par la vessie, de péritonite; un autre encore, bien plus singulier, de conception survenue après une occlusion presque complète du col utérin, et suivie d'un avortement par la vessie, à la suite duquel il s'est formé une adhérence des parois de ce viscère; on y remarquera les résultats d'une autopsie faite sur une femme qui avait présenté une fistule considérable et qui a succombé à un érysipèle épidémique; enfin, on y pourra lire la relation de tous les phénomènes qui ont accompagné, dans deux cas spéciaux, l'établissement d'un urèthre artificiel, opération encore peu connue et dont l'histoire toute récente me paraît entachée de plusieurs erreurs que l'observation m'a fait rectifier.

Je n'ai pas voulu donner à ce travail une étendue trop considérable : c'est pourquoi j'ai restreint mon sujet aux seules fistules faisant communiquer les voies urinaires et les voies génitales, me bornant ainsi à celles qui se rencontrent le plus fréquemment dans la pratique. Ces espèces de fistules, auxquelles j'ai donné le nom générique d'*uro-génitales*, comprennent un nombre de lésions assez grand pour fournir amplement la matière d'un livre comme celui-ci. D'ailleurs, quoique les fistules recto-vaginales, rectales cervico-utérines, intestino-vaginales, aient de

nombreux points de contact avec les uro-génitales, et que leur traitement doive être et soit effectivement calqué sur celui de ces dernières affections, elles n'en constituent pas moins des espèces à part qui exigent une étude spéciale et qui peuvent, sous certains rapports, être considérées sous d'autres points de vue que ceux qui dominent dans cet ouvrage. La crainte d'être trop long, et surtout d'être diffus, m'a aussi empêché de reproduire *in extenso* les observations des chirurgiens anciens et modernes se rapportant aux faits que je voulais établir ou aux opinions que je croyais devoir soutenir. Je me suis, en général, contenté de donner, quand il le fallait, l'analyse ou la quintessence de ces documents, en renvoyant, du reste, au moyen de citations suffisantes, aux sources mêmes où j'avais puisé, les lecteurs désireux de faire des vérifications.

Malgré les restrictions que je viens de signaler, ce livre présente, je pense, un ensemble plus complet que celui que l'on rencontre dans les différentes publications modernes du même genre. La plupart de ces publications, en effet, ont principalement pour but l'examen de quelques-uns des côtés seulement de la grave et intéressante question des fistules uro-génitales. Plusieurs traitent presque exclusivement la matière dans ses rapports avec la chirurgie; d'autres, moins nombreuses, l'envisagent surtout dans ceux qu'elle présente avec l'histoire; de sorte que, quand il s'agit de faire des recherches relativement à un point qui s'éloigne un peu de ces deux divisions principales du sujet, le praticien éprouve les plus grandes difficultés à trouver les matériaux dont il a besoin. J'ai cherché à éviter ces

inconvénients, en renfermant dans un cadre médiocrement étendu, mais assez large pour les contenir, toutes les parties qui se rattachent aux fistules uro-génitales. Je pense que cette étude d'ensemble constitue encore un caractère et un avantage qui seront appréciés, j'espère, par mes lecteurs. Je me suis efforcé de lui donner autant de clarté que possible, en évitant tout à la fois une prolixité ennuyeuse et inutile, et un laconisme excessif qui aurait pu nuire à l'intelligence de certaines choses et en laisser d'autres dans l'obscurité, malgré leur importance. En suivant cette marche, je n'ai pas eu la prétention de rendre un bien grand service aux praticiens pour qui le traitement des fistules urinaires de la femme est devenu une chose familière. Mais, je le répète, j'ai été soutenu par l'espoir que peut-être je ferais une œuvre avantageuse pour les chirurgiens qui ne se sont pas encore décidés à adopter les innovations récentes, en leur présentant la question sous un jour plus favorable et un aspect plus engageant qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Mes désirs seront accomplis si je parviens à vulgariser, pour ainsi dire, la thérapeutique de ces maladies, et à faire que les opérations qu'elles réclament ne restent plus l'apanage de quelques-uns, mais passent dans le répertoire chirurgical de tous les opérateurs adroits et prudents, qui possèdent virtuellement la faculté de les entreprendre et de les mener à bonne fin.

PREMIÈRE PARTIE.

EXAMEN HISTORIQUE ET SYNOPTIQUE.

Il serait inutile et oiseux de chercher dans les écrits des médecins de l'antiquité quelques notions sur les fistules uro-génitales : on n'y trouverait pas même l'indication de ces maladies, dont l'existence paraît ainsi avoir été complétement inconnue à cette époque.

On a voulu inférer de quelques passages d'Hippocrate et d'Arétée de Cappadoce, son traducteur, que le père de la médecine n'avait pas été tout à fait sans notions sur cette grave affection. Mais ce n'est qu'en torturant les textes et en donnant aux mots une signification détournée qu'on est ainsi parvenu à établir un fait dont un examen impartial et attentif démontre l'inexactitude; et il est facile de voir que les termes dont Hippocrate s'est servi (1) et le

---

(1) Hippocrate, Édition de Venise, 1588, p. 267.

moyen de traitement original qu'il a conseillé (1) se rapportent, non pas à la fistule, mais bien à l'incontinence d'urine simple.

Il est certain que, ni les Grecs, ni les Romains, ni les Arabes n'ont soupçonné le mécanisme de l'écoulement de l'urine par des ouvertures faites à la vessie, et qu'il faut arriver jusqu'à la fin du xvie siècle et au commencement du xviie pour trouver dans les auteurs une mention claire et exacte des fistules uro-génitales.

On a beaucoup recherché la cause de cette espèce de lacune des ouvrages anciens. On l'a attribuée à la rareté, à l'époque où ils ont été écrits, des ouvertures fistuleuses de la vessie; et cette rareté elle-même a été regardée comme un effet des circonstances particulières au milieu desquelles se trouvaient nos ancêtres. Ainsi l'on a dit que leurs habitudes étaient moins efféminées que les nôtres, et que leur manière de vivre exposait moins leurs femmes aux accouchements laborieux, de même que cela a encore lieu aujourd'hui chez les sauvages, d'après l'attestation unanime des voyageurs. On a aussi allégué que peut-être les fistules étaient aussi fréquentes autrefois que de nos jours, mais qu'elles n'étaient pas observées, parce que les mœurs et les coutumes de ces temps interdisaient aux médecins de pratiquer les accouchements, qui étaient exclusivement attribués aux sages-femmes. On trouve effectivement dans Hippocrate le précepte d'abandonner les couches aux soins des femmes, et de réserver aux hommes les opérations obstétricales les plus importantes et les plus difficiles. Cet usage s'est conservé pendant très-longtemps, au point que les médecins en étaient arrivés à croire que

---

(1) Le tamponnement du vagin avec un cylindre de chair de bœuf renouvelé tous les jours.

la profession d'accoucheur était en dessous de leur dignité, et que Roderic de Castro et Thomas Bartholin, qui vivaient au XVIIe siècle, écrivaient encore que l'art des accouchements est *infrà viri dignitatem* (1) et dédaignaient de s'y adonner. *Obstetriciam autem nec exercui nec exercere volo,* disait Thomas Bartholin (2). C'est seulement à l'époque de Denis Vandersterre et de Röderer que l'obstétrique passa entre les mains des médecins, et que l'on exigea même que ces médecins fussent instruits (3).

Quoi qu'il en soit de ces opinions, il faut traverser les siècles et arriver à Félix Plater, en 1597, pour trouver la première indication sur la fistule uro-génitale. Un ouvrage publié par Spachius (4) rapporte quelques passages de cet auteur. Dans une observation intitulée : *Uteri et vesicæ cervicis cum adhærente recto intestino in partu dilaceratis,* Plater dit : « In partu violento fœtu exstincto cuidam « mulieri uteri et vesicæ cervix adeo læsa sunt, ut excre- « menta confusa stercoris et urinæ invicem redderentur. » Et dans une autre, intitulée : *Vesicæ cervicis alia ruptura in partu :* « Ex partu difficili et primo cuidam juvenculæ « rusticæ orificium vesicæ adeo scissum est, ut longa illic « et hiante rima, vesica aperta cerneretur : sicuti ipse bis « intuitus sum et stylo adhibito sic se habere deprehendi : « Ob quam læsionem urina continuo illi involuntarie « profluit et vicinas partes erodit atque inflammat. »

---

(1) Rodericus de Castro, *De universa mulierum medicina novo et antehac a nemine tentato ordine opus absolutissimum.* Hamb., 1603.

(2) Thomas Bartholinus, *De insol. part. hum. Viis.*, ch. XVII, p. 154.

(3) Wilh. Alexander Freund, in Betschler, *Klinische Beiträge zur Gynæcologie.* Breslau, 1862.

(4) Felicis Plateri archiatri Basil., *De mulierum Partibus generationi dicatis. Icones cet. Tabulæ cet. Observationes et curationes aliquot affectuum partibus hisce accidentium*, 1597.

Après Plater, Louis Mercatus, médecin espagnol, s'exprime clairement sur les fistules dans son livre : *De communibus mulierum Affectionibus* (1); et dans le chap. xxv, intitulé *De uteri Fistulis*, il dit : « Verum, quia ærumnosam « calamitosamque vitam et multis periculis obnoxiam « hujusmodi affectiones accersunt : siquidem ad intestina « et ad vesicam adeo profunde aliquando permeant, ut « urina et alvi excrementa per fistulam facile instillent : « ob id quidem, etc. »

Séverin Pinæus, à son tour, fait mention des fistules urinaires de la femme (2). Puis vinrent Fabrice de Hilden (3), Pierre di Marchettis (4), Munniks (5) et enfin Van Roonhuyse (6).

Van Roonhuyse est le premier chirurgien qui ne se contenta pas d'établir l'existence des fistules uro-génitales, mais qui s'occupa en même temps des moyens d'en obtenir la cure radicale. Dans un ouvrage imprimé à Amsterdam (7), où il était accoucheur et chargé par les autorités des opérations obstétricales dépassant les attributions ordinaires des sages-femmes, Van Roonhuyse posa pour la première

---

(1) *E. Gynæciorum libris Isr. Spachii,* 1605 à 1620.

(2) Severini Pinæi *Opuscul. physiologicum et anatomicum in duos libell. distinct., etc.* Lugd. Bat., 1639.

(3) Guilelmi Fabricii Hildani *Paterniacensis Chirurgi ordinarii observationum et curationum chirurgicarum Centuriæ.* Basiliæ, 1606.

(4) Pietro di Marchettis, *Observationum medico-chirurgicarum rariarum Sylloge.* Patav., 1664.

(5) Joh. Munniks, doct. et prof. med., *Chirurgia ad prax. hodiern. adornata.* Traj. ad Rhen., 1689.

(6) Freund, ouvrage cité, où j'ai puisé les renseignements qui précèdent.

(7) Hendrik Van Roonhuyse, *Heelkonstige Aanmerkingen betreffende de gebrekken der vrouwen.* Amsterdam, 1663.

fois, et de main de maître, des principes chirurgicaux qu'on peut encore considérer aujourd'hui comme parfaitement rationnels. Il y décrit d'une manière fort claire tous les détails de l'opération. Selon lui, il faut placer la femme sur une table, dans la position indiquée pour la taille, dilater largement le vagin avec le spéculum, puis pratiquer un avivement, *en touchant la vessie le moins possible,* au moyen d'une pince tranchante, de ciseaux ou d'un bistouri, au choix du chirurgien. Cela fait, on doit réunir les lèvres avec de fortes épingles de plumes de cygne taillées en pointe; enfin, après avoir recouvert les parties d'un baume cicatrisant et avoir appliqué sur elles des plumasseaux imbibés d'huile balsamique tiède, puis quelques éponges trempées d'huile, il faut maintenir le tout avec un bandage en T, qui ne peut être enlevé que le troisième ou le quatrième jour. La malade, après l'opération, doit être soumise à un régime sec, calmant et en même temps nourrissant, et couchée sur le dos jusqu'à la levée du pansement.

Pour les cas où les fistules ne peuvent être opérées, à cause de leur étendue ou de leur situation trop profonde, Van Roonhuyse conseille l'application de compresses de toile, l'usage de quelques topiques calmants, et l'emploi d'appareils de cuivre ou d'argent destinés à recevoir et à conserver l'urine pendant quelque temps (1).

Évidemment les préceptes de Van Roonhuyse contiennent en germe quelques-uns de ceux qui ont été formulés de nos jours. On y trouve les éléments de l'avivement oblique et vaginal, de la suture entortillée, de la position sur le dos, de l'exposition des parties avec le spéculum, et

---

(1) Herrgott, *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale*. Strasbourg, 1864.

même du régime animal employé après l'opération. Je n'examinerai point si ces préceptes ont été mis en usage sur le vivant par Van Roonhuyse, et je ne chercherai pas à décider qui a raison, ou de Kilian, qui prétend que l'opération est une conception à priori et irréalisable, ou de Nägele, qui ne la croit applicable qu'aux lésions de l'urèthre, ou de M. Hergott, qui est fermement convaincu que le chirurgien hollandais a mis réellement sa méthode en pratique. Van Roonhuyse n'ayant publié aucune observation d'opération exécutée d'après ses vues, on ne peut raisonnablement que rester dans le doute sur la question de savoir s'il n'a exposé qu'une conception nouvelle ou s'il a eu le dessein de tracer le tableau d'une manœuvre opératoire dont il connaissait déjà les effets. Dans tous les cas, il est évident, comme on le verra bientôt, que l'on ne peut arguer ici de ce que l'opération est impraticable, puisqu'elle a été mise en usage par d'autres chirurgiens, ni de ce qu'elle ne peut être appliquée qu'aux fistules uréthro-vaginales, attendu que les conditions de tissus, relativement à leur perforation par les épingles, sont à peu près les mêmes à l'urèthre, que dans la paroi vaginale proprement dite.

Van Roonhuyse avait ouvert la marche vers la conquête du moyen propre à supprimer l'une des plus dégoûtantes infirmités de l'espèce humaine, et il semble qu'il n'y eût eu qu'à suivre ses traces pour arriver bientôt à la rayer de la catégorie des affections incurables. Malheureusement il n'en fut pas ainsi; et, soit que ses idées n'aient pas eu un retentissement suffisant, soit que l'on ait été effrayé de la difficulté d'agir dans les profondeurs du vagin, ses successeurs firent des recherches dans une autre direction, et il fallut encore deux siècles pour voir la conception du chirurgien hollandais porter tous les fruits qu'elle renfermait virtuellement en elle-même.

En 1724, H.-A. Velthem, dans une thèse inaugurale,

soutenue sous la présidence de Frédéric Hoffmann, sur l'incontinence d'urine provenant de l'accouchement laborieux (1), exposa l'état de la science de cette époque sur les fistules uro-génitales. Chose étonnante ! aucune mention de la méthode de Van Roonhuyse n'est faite dans cet ouvrage, et ce n'est pas faute de connaissance de la littérature médicale hollandaise, puisque l'auteur y cite à différentes reprises le nom de Ruysch, le célèbre anatomiste de cette nation. Cela prouve bien le peu d'impression que la méthode du chirurgien d'Amsterdam avait faite sur les esprits, et combien l'on était peu disposé à chercher les moyens de perfectionner et d'achever son œuvre ! Velthem, après avoir étudié les causes et les symptômes de la maladie, rapporte plusieurs cas publiés par Mauriceau, Ch. Vœlter, Schultz, Hilscher, Schlevogt, cas qui pour la plupart ont trait seulement à la symptomatologie et nullement à la thérapeutique. Il croit que, lorsque la fistule est récente, on peut la guérir par l'introduction, dans le vagin, de médicaments cicatrisants et d'un cathéter passé par le méat urinaire et maintenu quelques jours dans la vessie. Mais il est facile de voir combien il avait peu de confiance dans une cure radicale, quand on lui voit recommander le siphon que Henri Van Heer introduisait dans la vessie par le vagin et qu'il adaptait à un réservoir maintenu entre les cuisses, la cuvette que Vœlter fixait par un bandage, et dans laquelle une éponge introduite dans le vagin venait déverser le trop plein de l'organe, les pessaires de bois de Hilscher (2), et enfin, ce qui

---

(1) H.-A. Velthem, *Dissertatio inauguralis medica de incontinentiâ urinæ ex partu difficili.* Halæ Magdeb., 1724.

(2) Hilscher, *Dissertatio de Incontinentiâ urinæ ex partu globulis ligneis curandâ.* Jenæ, 1715.

est plus étrange, certaines amulettes! Toutefois, je dois mentionner qu'il cite Wepfer et Vœlter comme ayant pratiqué la suture, et qu'il ajoute que ce dernier chirurgien, après l'avoir mise en usage plusieurs fois sur la même malade, ne réussit pas, il est vrai, mais parce que la patiente, dit-il, était venue trop tard réclamer les secours de la médecine.

Les essais de Wepfer et de Vœlter ne furent répétés qu'en 1752, par un médecin suisse nommé Fatio (1). Celui-ci, en suivant, comme ses prédécesseurs, les indications de Van Roonhuyse, réussit à faire disparaître l'incontinence d'urine pendant quatorze jours; mais, comme il ne dit pas si la guérison s'est maintenue, c'est encore là, comme le fait observer Hirschfeld (2), un de ces succès douteux qu'il est impossible d'accepter avec beaucoup de confiance.

Presque tout le xviiie siècle se passa sans que le traitement des fistules uro-génitales eût fait un pas depuis Van Roonhuyse. J.-L. Petit lui-même, malgré tout son talent chirurgical, n'apporta aucun changement au marasme dans lequel languissait cette question, puisque sa thérapeutique n'aboutit qu'à l'usage de soins de propreté, à l'introduction de la sonde et à l'application d'un urinal, qu'il décora du nom pittoresque de *trou d'enfer* (3).

Avec Desault surgit une nouvelle ère pour le traitement de ces affections. A l'inertie et à l'espèce d'affaissement moral qui semblaient avoir dominé ses prédécesseurs à l'endroit de ces maladies, il vint substituer une agitation, une ardeur dans la recherche de nouveaux moyens curatifs qui ont sans aucun doute puissamment contribué

---

(1) Fatio, *Helvetisch vernünftige Wehemutter*. Basel, 1752.

(2) Hirschfeld, *De Incontinentiâ urinæ post partum difficilem*, 1759.

(3) J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales*. Paris, 1790, t. III, p. 87.

à l'éclosion des découvertes modernes et aux brillants résultats qu'elles ont produits. Partant de l'idée d'une analogie supposée entre les fistules urinaires de l'homme et celles de la femme, il se dit que le même traitement devait leur convenir, et il posa donc ces deux indications : 1° S'opposer au passage des urines dans le vagin par l'introduction d'une sonde dans l'urèthre; 2° rapprocher autant que possible les bords de la division au moyen du tamponnement. Ces deux préceptes n'étaient pas nouveaux, puisque Fabrice de Hilden, Vœlter, Velthem, Levret, Mauriceau les avaient déjà conseillés et employés, et que le tamponnement remontait à Hippocrate. Mais Desault modifia tellement les moyens de remplir les deux indications, surtout la première, il exposa des considérations si nouvelles sur les avantages de leur adoption, il apporta tant de soin dans leur application pratique, et il manifesta surtout tant de confiance dans leur efficacité, qu'on peut le regarder comme le véritable auteur du rôle qu'elles ont joué dans la thérapeutique des fistules. Ainsi, il se servit de sondes d'un grand calibre et dont les yeux étaient bien percés, et il imagina, pour les maintenir, une espèce de brayer garni d'une plaque sus-pubienne au milieu de laquelle glissait, dans une coulisse, une tige d'argent recourbée et percée inférieurement d'un trou, où la sonde était fixée au moyen d'un écrou. Ses tampons étaient construits de linge, ou de charpie introduite dans une espèce de doigt de gant, ou de liége taillé cylindriquement, et il les enduisait de gomme élastique ou de cire; il leur attribuait la propriété de repousser en arrière la lèvre antérieure de la fistule, en l'appliquant ainsi contre la postérieure et en convertissant la forme ronde de l'ouverture en une forme transversale; de plus, il leur faisait jouer le rôle d'obturateurs, en empêchant les urines de tomber dans le vagin. Il affirmait que, par l'application de ces moyens, il avait réussi à guérir des fistules très-anciennes et assez

grandes pour qu'il y pût facilement passer le doigt (1).

Desault s'était borné à affirmer ses succès sans les appuyer d'aucune preuve matérielle. Chopart vint combler cette lacune, et, en soutenant la même thèse, chercha à l'étayer par une observation empruntée à la pratique de Desault. Dans cette observation (2), il est question d'une dame affectée d'une fistule siégeant *au col de la vessie du côté de son bas-fond*, et à qui Desault prescrivit le décubitus sur le côté et l'usage d'une sonde dont il augmenta graduellement la grosseur. La sonde fut d'abord laissée ouverte, puis, comme l'instrument fatiguait la vessie, on y mit un bouchon, qu'on ôta, toutes les demi-heures d'abord, puis toutes les heures. Après trois mois de ce traitement, la fistule, dit Chopart, s'était *presque totalement fermée;* l'urine avait continué à prendre son cours par l'urèthre, et il n'en sortait que quelques gouttes pendant la marche. De retour dans son pays, la dame fit encore usage de la sonde pendant quelque temps; elle devint deux fois enceinte, accoucha heureusement, et, dit Chopart en terminant, *elle paraît parfaitement guérie de sa fistule.*

La pratique de Desault fut assez généralement admise en France sans trop de contestations, pendant les dernières années du siècle dernier et le commencement du siècle actuel. Des chirurgiens étrangers y donnèrent même leur approbation et mirent sa méthode en usage, soit en l'appliquant comme il l'avait imaginée, soit en y apportant certaines modifications. Ainsi Richter (3), Coze (4),

---

(1) P.-J. Desault, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, an vii, t. III, p. 287.

(2) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1821, t. I, p. 448.

(3) Richter, *Auserlesene Sammlung der besten medicinischen Schriften*. Franckenthal, 1797, vol. VI, p. 334.

(4) F.-M. Coze, *Mémoires sur la Lithotomie vaginale*, 1819.

Clarke (1), Barnes (2), Cumming, James Guthrie (3), Blundell (4) ont plus ou moins préconisé ou employé ce mode de traitement. Plusieurs praticiens s'attachèrent à en perfectionner les moyens d'action. C'est ainsi que Jules Cloquet proposa de remplacer la sonde par un siphon aspirateur, pour pomper l'urine contenue dans la vessie, et que Clarke, Barnes, Reid, en Angleterre, substituèrent au tampon de Desault, le premier un tampon de bois, creux et perforé, et les derniers une boule de caoutchouc dans laquelle ils insufflaient de l'air (5). Mais il finit cependant par s'élever de toutes parts une réaction violente contre cette méthode, et l'on vit se produire des attaques dirigées en même temps, et contre ses principes, et contre les faits sur lesquels on s'était fondé pour en établir l'efficacité. Boyer (6) critiqua l'usage de la sonde à cause de la difficulté de la faire supporter; Sabatier (7) lui reprocha de ne pouvoir évacuer toutes les urines contenues dans la vessie, sauf dans le cas de l'existence de la fistule sur le trajet de l'urèthre; et de plus, ils contestèrent au tampon la propriété de rapprocher les lèvres des fistules. A. Bérard (8) dit aussi que Desault n'a pu réussir que dans les cas de

---

(1) M. Clarke, *Observations on those Diseases of Females which are attended by discharges, etc.* London, 1821.

(2) *Medico-chirurgical Transactions,* vol. VI, p. 586.

(3) *The Edinburgh med. and surg. Journal,* 1818 et 1823.

(4) *The Lancet,* 1828, vol. I, p. 334.

(5) *Gazette des Hôpitaux,* 1837, p. 41, — et Deyber, *Essai sur les fistules urinaires vaginales,* 1827, p. 43.

(6) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales,* t. IX, pp. 55 et 56.

(7) Sabatier, *Traité de médecine opératoire,* t. II, p. 455.

(8) A. Bérard, *Encyclographie des sciences médicales.* Bruxelles, 1846, t. XXXI, p. 227. Cet ouvrage comprend le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et le *Dictionnaire de médecine* réunis.

fistules uréthro-vaginales, et qu'il ne peut admettre qu'il ait pu boucher une fistule vésico-vaginale de quelque étendue. Velpeau (1) exprima l'avis que le tampon met obstacle au resserrement de la fistule, bien loin de le favoriser. Les plus ardents antagonistes de la méthode furent Jeanselme, Vidal de Cassis, Michon et Jobert de Lamballe.

Jeanselme, dans un mémoire inséré dans le journal *L'Expérience* (2), battit en brèche tous les cas de succès enregistrés jusqu'à cette époque dans le traitement des fistules anciennes du bas-fond de la vessie, accompagnées de perte de substance. La méthode de Desault et ses réussites furent naturellement englobées dans cette espèce d'auto-da-fé universel. Il la regarde comme complétement impuissante dans des cas de fistules peu récentes, autres que celles de l'urèthre et du col de la vessie; elle est, selon lui, simplement palliative, et il va jusqu'à dire qu'il est convaincu que Desault lui-même n'a jamais été bien certain des réussites dont il parle. Il attaque surtout le tamponnement, et, pour prouver que ce moyen va à l'encontre du but qu'il tend à obtenir, il dit qu'il suffit d'introduire dans le vagin d'une femme affectée de fistule un bâton de cire molle, pour trouver à la surface de celui-ci, en le retirant, un relief indiquant l'écartement des lèvres de la plaie.

Vidal de Cassis (3) veut bien admettre que l'introduction de la sonde est rationnelle et que ce moyen de traitement peut être combiné avec toutes les autres méthodes. Il conçoit même la possibilité de la guérison d'une fistule petite et récente par l'application du cathéter. Mais ce qu'il

---

(1) Velpeau, *Méd. opératoire*, t. IV, p. 446.

(2) *L'Expérience*, 1837-1838, t. I, p. 257.

(3) Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, 1841, t. V, p. 573.

ne conçoit pas, c'est le tampon comme moyen curatif. « Point de guérison, dit-il, par le tampon! »

M. Michon (1), en examinant le fait cité par Chopart, se demande si l'on ne peut pas élever des doutes sur une guérison annoncée seulement par cette expression : « la « femme *paraît* parfaitement guérie, » et si l'indication du siége de l'ouverture anormale (au col de la vessie) ne doit pas faire supposer qu'elle pouvait bien exister au canal de l'urèthre. Il admet bien que la méthode peut être utile dans les fistules récentes, mais il signale la lenteur du traitement, la difficulté de la tolérance de la sonde, son impuissance à évacuer la totalité de l'urine, son inefficacité dans les fistules longitudinales. Quant au tampon, il croit qu'il pourrait quelquefois être appliqué, mais après d'autres opérations préalables, pour soutenir des lambeaux ou rapprocher des lèvres. Dans ces cas même, au lieu de l'employer comme Desault le faisait, il faudrait, selon lui, se servir du double tampon imaginé par J.-L. Petit contre les hémorrhagies, c'est-à-dire placer un tampon au delà de la fistule, et en pousser un autre de bas en haut à la rencontre du premier, afin que les deux lèvres de l'ouverture, pressées entre deux puissances agissant en sens inverse, fussent amenées à un contact aussi parfait que possible.

Jobert de Lamballe (2) concède l'analogie de nature invoquée par Desault entre les fistules urinaires de l'homme et celles de la femme, mais il n'admet pas qu'il en résulte que leur traitement puisse être le même. Les conditions anatomiques et fonctionnelles des organes lésés dans les

---

(1) Michon, *Des Opérations que nécessitent les fistules vaginales.* (Thèse de concours pour la chaire de Richerand.) 1841.

(2) Jobert de Lamballe, *Traité de chirurgie plastique,* 1849, t. II, pp. 374 et suivantes.

deux espèces d'affection ne sont du reste pas identiques. En effet, l'urine, chez l'homme, n'est en contact avec la fistule que d'une manière intermittente, tandis qu'elle la mouille sans interruption chez la femme; et une sonde introduite dans la vessie pourra supprimer chez l'un l'action du liquide sur l'ouverture, et être incapable de rien produire de semblable chez l'autre. D'ailleurs les fistules de l'homme sont généralement sinueuses et étroites, circonstances favorables à leur réunion quand la cause a été détruite; au contraire, les fistules de la femme se trouvent presque toujours dans des conditions opposées. Jobert reproche à Desault et à Chopart de n'avoir publié qu'un fait, alors qu'ils auraient pu, du moins d'après ce qu'ils disent, en relater un plus grand nombre. Il analyse le fait publié, lequel prouve seulement, selon lui, qu'il y a eu amélioration dans l'état de la patiente. « Belle guérison, dit-il, que celle qui ne permet « pas à la malade, une fois rentrée chez elle, de rester sans « sonde! » En somme, il trouve que tout est doute dans cette observation, et cependant, dit-il, « on n'a pas hésité « à donner à la théorie un caractère positif qui exclut « l'hésitation. Il n'est que trop commun malheureusement « de voir ainsi les théories les plus audacieuses s'asseoir « sur des faits incertains. » Jobert termine sa critique en citant un passage de Lallemand où cet auteur admet que la sonde n'a d'autre action que celle de favoriser le rapprochement des bords de la perte de substance, en empêchant l'urine de les écarter continuellement; que la réunion peut ainsi se faire sous son influence quand la fistule est petite, transversale et encore en suppuration; mais que la chose est impossible dans les cas de cicatrisation définitive de l'orifice, à moins d'un avivement préalable ou d'une modification imprimée à ses bords à l'effet d'y déterminer un processus inflammatoire.

Pendant que la méthode de Desault, chaudement adoptée

par les uns, modifiée ou faiblement soutenue par les autres, traversait la première partie du XIXe siècle en passant par toutes ces péripéties, et aboutissait enfin, en France, aux discussions et aux attaques que je viens de rapporter, un autre travail se préparait en Allemagne. Nägele, reprenant les idées de Van Roonhuyse, de Wepfer, de Vœlter et de Fatio, alors presque abandonnées, s'ingéniait à trouver les moyens de donner à la suture la vogue qu'elle n'avait pu acquérir, et cherchait pour cela à la rendre plus praticable et plus efficace. Déjà, quelque temps avant lui, un auteur modeste l'avait précédé dans cette voie. A Paris même, Lewzinski, en 1802 (1), avait posé le principe d'attirer la lèvre postérieure de la fistule vers l'urèthre, en même temps que sa lèvre antérieure serait refoulée en arrière; et il avait conseillé, pour exécuter la suture, d'introduire les fils par la face vésicale des lèvres de l'orifice, au moyen d'une sonde plate, un peu courbe, et percée près de son bec de deux fentes destinées à laisser passer une aiguille. L'instrument étant porté par l'urèthre jusqu'au niveau de la lèvre postérieure, une aiguille, mue par une tige ou un ressort dans l'intérieur de la canule, eût été poussée à travers son épaisseur et retirée, suivie de son fil, par le vagin; l'autre extrémité du fil eût été engagée de la même manière à travers la lèvre antérieure, pour former une anse dont les deux bouts seraient sortis par le conduit utéro-vulvaire. Après avoir passé autant d'autres anses qu'il eût été nécessaire, on les aurait réunies toutes dans un serre-nœud. Ce procédé, resté à l'état de simple projet, parce que la malade pour laquelle Lewzinski l'avait imaginé avait été obligée de partir, n'attira que peu ou point l'attention du monde médical, et ce ne fut guère que lorsque Nägele

---

(1) Lewzinski, *Thèses de la Faculté de Paris,* 1802.

commença à entretenir le public de ses projets d'amélioration de la suture, que l'éveil fut sérieusement donné, du moins dans certaines parties de l'Europe, sur cette ressource chirurgicale, rajeunie et transformée dans ses mains au point de prendre les allures d'une opération nouvelle.

A partir de 1809, Nägele (1) essaya sur le cadavre plusieurs proeédés, dont la diversité et le nombre indiquent suffisamment l'hésitation avee laquelle il se livrait à ses reeherehes. L'applieation qu'il en fit sur le vivant ne fut pas heureuse, et on le eonçoit facilement si l'on tient compte de cette circonstanee qu'il ne faisait pas usage du spéeulum, et qu'il se fiait absolument au tâtonnement de ses doigts pour diriger ses instruments. Voiei les prineipaux de ses procédés :

1° L'avivement est fait avec des eiseaux ordinaires et un bistouri caché. Une sonde ayant été introduite dans l'urèthre, les ciseaux, dirigés sur l'index, avivent le bord postérieur dans les fistules transversales, et l'angle supérieur dans les fistules longitudinales; puis le bistouri eaché, recouvert de sa gouttière, est conduit sur l'index jusqu'à la lèvre antérieure (fistules transversales) et l'angle antérieur et les bords latéraux (fistules longitudinales); la lame proteetrice est retirée, la pointe du bistouri mise à nu, et les bords rafraîchis ou plutôt scarifiés. La suture est faite ensuite au moyen de rubans de fil et de points séparés; d'autres fois, l'auteur emploie des aiguilles courbes d'argent ou dorées et la suture entortillée.

2° Nägele a proposé de faire la suture au moyen d'une aiguille ayant à peu près la forme de celle de Deehamps,

---

(1) Nägele, *Erfahrungen und Abhandlungen uber Krankheiten des weiblichen Geschlechts*. Mannheim, 1812, p. 389. — *Répertoire d'anatomie pathologique*, t. V, p. 152. — Michon, *Thèse de concours*, p. 92.

terminée d'un côté par un anneau destiné à recevoir le doigt, et de l'autre par une pointe percée d'un chas qui doit recevoir le fil. La femme ayant été placée comme pour l'opération de la taille, le chirurgien introduit dans le vagin le doigt indicateur d'une main, tandis que l'autre est engagé dans l'anneau de l'aiguille. Le doigt qui se trouve dans le vagin est passé sous une des lèvres, la pulpe appliquée sur sa face vésicale; il la soulève et la dirige vers la pointe de l'aiguille, qui est introduite par l'autre doigt, de manière que cet instrument, agissant par un mouvement combiné de pression et de rotation, traverse la lèvre, du vagin vers la vessie. Le doigt resté dans le conduit utéro-vulvaire quitte alors l'intervalle des deux bords de la fistule, pour venir appuyer sur la face vaginale de celui qui est resté libre, et le soutenir, pendant qu'il est perforé à son tour, de sa face profonde à sa face superficielle, par l'aiguille. Celle-ci est ensuite abandonnée un moment pour permettre l'extraction du fil avec une pince, puis retirée par un mouvement opposé à celui qui l'avait fait pénétrer, et les deux extrémités de l'anse sont réunies et entortillées en faisceau.

3° Dans un autre procédé, qui n'a pas été essayé sur le vivant, les fils sont passés de la vessie vers le vagin, au moyen d'une espèce de sonde de Laforest, à travers laquelle passe un ressort, terminé, à une de ses extrémités, par une pointe plate, légèrement concave et percée d'un chas, et à l'autre par un anneau. L'instrument, muni de son aiguille élastique enfilée, est engagé dans la vessie par le canal de l'urèthre, tandis qu'un doigt conducteur est porté dans le vagin; on dirige l'extrémité de la sonde vers une des lèvres, qu'on traverse par un mouvement de pression exercé sur l'anneau; le bout de fil est retiré par le vagin, l'aiguille rentrée, et poussée de la même manière à travers l'autre lèvre; on répète cette manœuvre jusqu'à ce que tous les

fils soient placés. La sonde est ensuite enlevée et remplacée par un cathéter ordinaire.

L'impulsion donnée par Nägele lança sur ses traces un certain nombre de chirurgiens, parmi lesquels il faut citer Schreger, Coze (1), Pinel-Grandchamp (2), Deyber (3) et Ehrmann (4). Ces praticiens maintinrent l'usage de la suture jusqu'en 1825, 1826 et 1827, époque où un nouveau mouvement se produisit en France après les expériences de Lallemand, de Dupuytren et de Delpech sur le traitement des fistules par la cautérisation simple ou suivie d'un mode de rapprochement particulier.

Schreger, en 1817, obtint, à ce qu'il paraît, un résultat favorable de l'application de la suture. Il adopta pour l'opération la position de la femme sur le ventre, pratiqua l'avivement au moyen de scarifications faites avec des ciseaux, et réunit les lèvres avec des points séparés de fil de soie (5).

Coze et Pinel-Grandchamp se bornèrent à faire des expériences, l'un sur le cadavre, l'autre sur les animaux.

Ehrmann, qui n'était pas un ennemi de la cautérisation ni même du tampon, puisqu'il employait quelquefois le nitrate acide de mercure, qu'il appliquait au moyen d'un pinceau placé dans une grosse canule de gomme élastique, et qu'il commençait souvent son traitement par une scarification suivie du tamponnement; Ehrmann, dis-je,

---

(1) Ouvrage cité.

(2) *Bulletin des sciences médicales*, sous la direction de Férussac, juin 1827, p. 183.

(3) Deyber, *Essai sur les fistules urinaires vaginales.* (Thèse inaugurale.) Strasbourg, 1827.

(4) Idem.

(5) Schreger, *Annalen des chirurg. Klinikums auf die Universität zu Erlangen*, 1817.

paraissait avoir cependant plus de confiance dans la suture, puisqu'il y recourait dans les cas où les autres méthodes n'avaient pas réussi. Pour la mettre en usage, il plaçait la femme sur le dos, se servait de son spéculum à trois branches et pratiquait, comme Schreger, des scarifications, mais seulement après l'application des fils. Ces fils étaient de soie, entre-croisés diagonalement derrière la fistule, puis fixés par des nœuds ordinaires. Après la suture, il introduisait une sonde de femme dans la vessie, et, si elle n'était pas supportée, une sonde de gomme élastique. Il paraît avoir réussi de cette manière dans un cas, quoique les fils eussent traversé les chairs le quatrième jour après l'opération; mais il échoua dans un autre.

Deyber, contemporain d'Ehrmann, qui rapporte les deux cas que je viens de citer, fit, en 1827, une thèse (1) dans laquelle il proposa un procédé consistant à introduire dans la vessie, par le canal de l'urèthre, une bougie un peu grosse de bois tendre, destinée à faire faire saillie dans le vagin à l'orifice fistuleux; celui-ci aurait été avivé avec un bistouri droit, pointu, un peu concave sur le tranchant, ou bien un peu coudé sur le plat, dans le cas de fistules transversales. Les lèvres devaient être traversées au moyen d'une sonde courbe à dard, aiguillée et armée d'un fil, agissant de l'intérieur du réservoir urinaire vers le vagin. La première lèvre ayant été perforée, l'extrémité du fil aurait été retirée avec une pince par le vagin, puis le dard rentré dans sa gaîne, toujours armé de son fil, pour être dirigé de même à travers l'autre bord; l'anse formée après l'extraction du second bout devait être nouée ou bien fixée au moyen du serre-nœud de Levret. Il est à remarquer que Deyber, en proposant cette opération,

(1) Ouvrage cité.

se demande s'il ne vaudrait pas mieux se servir de fils de plomb que de fils de soie; qu'il recommande de les serrer fort peu et qu'il propose, pour ne pas les brouiller, de leur donner une couleur différente. Son procédé, non appliqué, est resté à l'état de proposition théorique. Mais ce qu'il y a peut-être de plus important dans les recherches de Deyber et dans son travail, c'est l'indication d'un nouveau spéculum bivalve (1) propre à déprimer la paroi postérieure du vagin seulement, et dans lequel on peut trouver une certaine analogie, grossière à la vérité, avec ces nouveaux spéculums plus perfectionnés, que l'Amérique nous a fournis plus tard et qui ont tant contribué aux progrès du traitement des fistules.

Il est probable que c'est l'absence d'un moyen d'exploration de ce genre, jointe aux difficultés considérables qui en résultaient pour la manœuvre des instruments dans le vagin, qui ont déterminé Dupuytren, Delpech et Lallemand à concentrer tous leurs efforts sur la cautérisation (2). Leur espoir était de modifier les bords de la cicatrice, d'y déterminer un gonflement inflammatoire capable de rapprocher et même de faire adhérer ces bords, ou au moins d'en faciliter la coaptation mécanique; au pis aller, de déterminer la formation d'une substance inodulaire fortement rétractile et susceptible de rétrécir l'ouverture, que de nouvelles cautérisations pourraient diminuer encore.

Dupuytren employait deux agents de cautérisation : le nitrate d'argent et le cautère actuel, et choisissait l'un ou l'autre, suivant que les bords de la fistule étaient plus ou

---

(1) Ouvrage cité, pl. II, fig. 5.

(2) Roche et Sanson, *Nouveaux Éléments de pathologie médico-chirurgicale*. Bruxelles, 1829, t. IV, p. 187.

moins calleux et leur écartement plus ou moins grand. Il portait le nitrate d'argent sur l'ouverture au moyen d'une pince à anneaux, à l'extrémité de laquelle se trouvait fixé à angle droit le morceau de pierre infernale. L'application du caustique était favorisée par l'introduction préalable d'un spéculum fendu dans toute sa longueur. Cet instrument, ou un autre simplement troué, lui servait également à agir sur l'orifice au moyen du fer rougi à blanc, avec lequel il ne faisait qu'effleurer les surfaces, pour les irriter et les excorier seulement, sans y faire subir de perte de substance. Suivant les circonstances, il plaçait ou ne plaçait pas une sonde dans la vessie après la cautérisation, et répétait celle-ci aussitôt que le gonflement qu'elle avait produit commençait à diminuer et que les urines reparaissaient dans le vagin (1). D'après le dire de plusieurs praticiens qui avaient été témoins de ses opérations, et surtout de Sanson, Dupuytren aurait réussi plusieurs fois à guérir ainsi radicalement des fistules vésico-vaginales assez grandes; mais on ne connaît que deux observations qui aient été publiées sur ce sujet, l'une, fort incomplète, dans le *Journal hebdomadaire* (2), et l'autre dans la *Lancette française* (3). M. Marx, dans un mémoire inédit communiqué à M. Michon, en cite une troisième.

Delpech, plein de confiance dans les propriétés rétractiles du tissu inodulaire, appliquait le fer rouge avec plus de hardiesse, de manière à produire des eschares autour de l'orifice. Il se ménageait l'accès de la fistule avec un spéculum à charnière, répétait les cautérisations aussi souvent qu'il le fallait, mais naturellement à de plus grands

---

(1) Roche et Sanson, ouvrage cité, p. 188.

(2) *Journal hebdomadaire,* 1829, t. V, p. 255.

(3) *Lancette française,* 1829, t. II, pp. 65-83.

intervalles que Dupuytren, et finissait quelquefois la cure avec le nitrate d'argent. Un seul fait a été décrit dans le *Mémorial des hôpitaux du Midi* pour venir à l'appui du procédé de Delpech (1).

Lallemand, habitué à manier le nitrate d'argent dans le canal de l'urèthre de l'homme, ne pouvait manquer de songer à ce caustique pour attaquer les fistules vésico-vaginales. Il le préférait au fer rouge, auquel il attribuait de grands inconvénients; mais, comme il devait reconnaître que l'action n'en était pas bien profonde, il avait jugé convenable de favoriser l'adhésion des bords, préalablement modifiés par le caustique, en les soumettant à une réunion mécanique. Nägele avait bien déjà songé à quelque chose de semblable, et avait même fait représenter dans son ouvrage un instrument destiné à agir dans ce sens; mais ce moyen de rapprochement ne pouvait s'appliquer qu'aux fistules longitudinales, et d'ailleurs le célèbre accoucheur n'y avait pas attaché une importance suffisante pour faire école au sujet de cette innovation. Lallemand, pour pratiquer son opération, commençait par porter le nitrate d'argent sur les lèvres de l'orifice, au moyen du doigt armé d'une bague dans le chaton de laquelle se trouvait enchâssé un cône de caustique; puis, quand les escharres étaient tombées, c'est-à-dire quatre ou cinq jours après, il plaçait dans la vessie son instrument unissant, qu'il nommait *sonde-érigne*. Celle-ci se composait de quatre pièces : 1° Une grosse sonde métallique, percée de deux trous à son extrémité vésicale; 2° Deux crochets mus par une tige, et qui, par un mécanisme particulier, peuvent sortir par les trous de la sonde, en décrivant un arc de cercle, ou y rentrer; 3° Une plaque circulaire située à l'autre extrémité de la sonde et

(1) Michon, thèse citée.

destinée à retenir celle-ci contre le pubis; 4° Un ressort à boudin ayant pour usage, lorsqu'on le détend, de rapprocher la plaque circulaire des crochets engagés dans la lèvre postérieure de la fistule. Pour se servir de la sonde-érigne, Lallemand faisait rentrer les crochets et introduisait la canule dans la vessie. Un doigt porté dans le vagin allait à la rencontre de son extrémité vésicale, et la fixait sur le point précis où il fallait perforer le bord postérieur de l'ouverture anormale. Alors il mettait en mouvement le mécanisme qui devait enfoncer les crochets dans ce bord, et, après avoir placé de la charpie et des compresses entre la plaque circulaire et les parties molles, il lâchait le ressort à boudin qui, faisant exécuter aux crochets un mouvement en avant en même temps qu'il poussait la plaque en arrière, devait attirer la lèvre postérieure de la plaie vers la vulve, et refouler l'urèthre et la lèvre antérieure en sens contraire, de manière à obturer la fistule. Il laissait l'instrument en place pendant quatre à cinq jours, puis le retirait, pour recommencer plus tard, s'il était nécessaire, la même manœuvre.

Lallemand fit paraître un mémoire sur sa méthode en 1825 (1) et un autre en 1835. Plusieurs cas de succès, d'insuccès et même de mort furent aussi publiés (2).

Quelques chirurgiens cherchèrent à diminuer les difficultés et les dangers de l'opération de Lallemand. Ainsi Flamant inventa, pour appliquer le nitrate d'argent, un porte-caustique formé de deux tiges réunies dans leur milieu par une goupille; l'une de ces tiges est chargée du morceau de pierre infernale et s'engage dans l'autre, qui présente une gaîne pour la recevoir. On cautérise l'orifice en faisant sortir le

---

(1) *Archives générales de Médecine*, 1825, t. VII.

(2) Frogé, *Dissertation sur la fistule vésico-vaginale*, thèse de Paris, 1835.

caustique de sa gaîne par un petit mouvement de bascule, et en le dirigeant vers la fistule (1). Dupuytren, pour éviter les inconvénients de l'implantation des crochets dans la paroi vésico-vaginale, substitua à l'érigne de Lallemand une grosse sonde droite, présentant à son extrémité vésicale deux ouvertures munies d'opercules se rabattant à volonté, suivant les mouvements qu'on imprime à une tige qui traverse la sonde et sort par son extrémité extérieure. A celle-ci est adapté un coulant muni de deux plaques en forme d'ailes. Pour faire agir l'instrument, on l'introduit dans la vessie, puis on abaisse les opercules et on les fixe en cet état par une vis de pression. On attire alors la sonde en avant, jusqu'à ce qu'on sente que les opercules appuient sur le contour du col de la vessie; on place quelques bourdonnets de charpie sur le méat urinaire, et l'on pousse le coulant en arrière jusqu'à ce que ses plaques refoulent suffisamment dans ce sens les bourdonnets et les parties molles qu'ils recouvrent. Sanson affirme que Dupuytren a guéri en quelques jours, par ce moyen, une fistule qui avait résisté à différentes cautérisations (2).

Mais comme cet instrument, de même que celui de Lallemand, ne peut servir que pour des fistules transversales, Laugier imagina une pince à érigne, qu'il nomma *pince vaginale*, parce qu'elle doit être introduite par le vagin et l'intéresser seul, sans pénétrer dans la vessie (3). Cette pince érigne, qui peut s'appliquer à toute espèce de fistule, s'articule comme un forceps de Smellie, et ses deux branches peuvent être serrées à volonté par une vis qui les traverse comme celle de l'entérotome de Dupuytren. On conçoit

---

(1) Deyber, ouvrage cité, p. 46.

(2) Roche et Sanson, ouvrage cité, p. 190.

(3) *Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 420.

qu'on peut donner aux griffes de cet instrument des directions variées qui les mettent en rapport avec les différentes formes des fistules.

De même que la méthode de Desault, la cautérisation, après avoir excité un engouement passager, devint bientôt l'objet d'attaques nombreuses et très-vives, surtout de la part de Jeanselme et de Vidal de Cassis.

Jeanselme (1), fidèle à son thème favori, prétendit que Dupuytren n'avait jamais guéri que des fistules de l'urèthre ou du col vésical, dont les bords peuvent être soustraits assez facilement au contact de l'urine. Il s'étonna de ce que ce chirurgien, dont la clinique cependant a eu assez de retentissement, n'eût publié que deux observations de fistule vésico-vaginale. « On doutait cependant, de son temps, « dit-il avec ironie, comme on doute encore aujourd'hui, « de ces guérisons remarquables... Je ne puis m'empêcher « de le dire encore ici, ce silence est pour moi la preuve « morale que Dupuytren n'a jamais guéri de fistules du « bas-fond de la vessie et d'une date ancienne. » Il analyse les deux faits publiés et fait observer qu'ils pèchent tous deux par le peu de détails, par le vague de l'observation et par la précipitation avec laquelle on a annoncé des succès qui pouvaient fort bien n'être qu'illusoires, un des premiers effets de la cautérisation étant de boursoufler les bords de la fistule et d'obturer momentanément l'orifice, lequel est exposé à s'ouvrir de nouveau après la cessation des accidents inflammatoires. Quant à Delpech, le même auteur pense que, dans la publication du fait unique qui se rapporte à sa pratique, ce chirurgien a plutôt été entraîné par sa théorie sur les *inodules* que par une observation dégagée de toute idée préconçue, et il allègue, comme preuve de ce qu'il affirme,

(1) *L'Expérience,* 1837-1838, t. I, p. 260.

le doute que des chirurgiens de Montpellier et des élèves même de Delpech ont manifesté sur « ce brillant succès. » Pour ce qui regarde Lallemand, il lui oppose Serre (1), qui nie que le principal cas sur lequel s'appuie sa méthode ait été guéri (2), et il fait observer que, du reste, ce praticien a eu affaire à une fistule du col.

Vidal de Cassis affirma, contrairement à Dupuytren et à Delpech, que ni le nitrate d'argent, ni le cautère actuel ne sont assez puissants pour modifier les bords des fistules anciennes de telle sorte qu'il s'ensuive une bonne réunion. Pour pouvoir réussir, selon lui, il faudrait enlever les lèvres calleuses de l'ouverture et en créer d'autres. Mais on produirait alors une perte de substance, et si, après la chute des eschares, la réunion ne se faisait pas, on aurait une fistule plus large qu'auparavant. Il ne faut donc pas compter sur la cautérisation sans moyens unissants. « Point de guérison, « dit-il, par la cautérisation seule! » A Lallemand il contesta l'action antéro-postérieure de la plaque de son instrument, et regarda celle de ses érignes comme dangereuse, se fondant sur ce que le chirurgien de Montpellier avait avoué lui-même avoir perdu des opérées. « Maintenant, dit-il, où sont les succès?... M. Lallemand « et ses élèves en ont publié qui ont été contestés par « d'autres chirurgiens. J'ai la bonne foi et les lumières de « M. Lallemand pour l'affirmative, et, pour la négative, « les lumières et la bonne foi de M. Serre, professeur de la « Faculté, à laquelle M. Lallemand appartient aussi. Selon « M. Serre, aucune des opérations pratiquées *en public*

---

(1) Serre, *Traité de la réunion immédiate*, p. 542.

(2) De nouvelles attestations, faites depuis cette époque, ont confirmé la guérison de la dame qui faisait le sujet de cette observation et qui appartenait à la clientèle privée de Lallemand.

« par M. Lallemand n'aurait été suivie de succès. » Du reste, ajoute-t-il, ceux qui ont employé la méthode de Lallemand n'ont pas réussi (1).

M. Michon, Bérard, Jobert de Lamballe critiquèrent aussi la cautérisation, mais avec beaucoup moins de passion. M. Michon s'en montra même jusqu'à un certain point partisan, et fit la part du nitrate d'argent et du cautère actuel, en disant que le premier agent doit plutôt être employé pour les fistules un peu étendues et qui paraissent réclamer plusieurs applications du caustique, parce qu'il n'expose pas, comme le fer rouge, à des pertes de substance fâcheuses, tandis que ce dernier modificateur trouve mieux son application dans les fistules très-étroites et situées peu profondément, attendu qu'il agit plus sûrement sur toute l'épaisseur des lèvres et provoque un travail de cicatrisation plus complet (2). Sans contester le mérite de l'invention de Lallemand, ni les progrès qu'elle a fait faire à la science et l'impulsion nouvelle qu'elle a donnée, en France, aux recherches ayant pour but la guérison des fistules, M. Michon soutint que la sonde-érigne n'agit réellement que sur une des lèvres de l'orifice, et que, dans les cas de grand écartement, il lui serait difficile de mettre les deux bords en contact et surtout de les maintenir dans cet état. D'ailleurs, dit-il, elle est loin d'être toujours innocente, puisque son application a été suivie de la mort des opérées. — Bérard concéda que la cautérisation peut être utile pour les fistules étroites. Contrairement à M. Michon, il émit l'opinion que le fer rouge convient mieux dans les grandes fistules et les caustiques dans les petites. Mais il n'admit pas que ni l'un ni l'autre de ces moyens pût produire aucun résultat dans des pertes de

---

(1) Vidal, ouvrage cité, t. V, p. 575.

(2) Michon, *Thèse de concours*.

substance de deux ou trois centimètres. Faisant allusion aux faits de la pratique de Dupuytren, il exprima des doutes sur la question de savoir si les cas de réussite avaient bien pour objet des fistules de la vessie et s'ils n'appartenaient pas plutôt à des ouvertures anormales de l'urèthre. Et pour ceux de Lallemand, il avoua qu'il lui était difficile de les juger, parce que, dit-il, « il n'est point aisé, dans tous les cas, de déter- « miner si une fistule vésico-vaginale est ou non cicatrisée, « et, d'autre part, parce que les malades elles-mêmes peu- « vent se tromper ou chercher à tromper le chirurgien (1). » — Jobert de Lamballe affirma que les caustiques et le cautère actuel ont la même action et ne diffèrent que par leur degré d'énergie; qu'il faudrait qu'une fistule fût bien étroite pour que la cautérisation pût en triompher; que, dans l'opération de Lallemand, le ravivement avec le nitrate d'argent est insuffisant, et la sonde-érigne sujette à irriter douloureusement l'urèthre et à provoquer une excitation violente et des contractions dans la vessie (2).

Après l'émotion produite par la méthode de la cautérisation et le procédé de Lallemand, et même au moment où ils ébranlaient le monde chirurgical, il survint une espèce de désarroi dans le camp des travailleurs. Les uns continuèrent à se cramponner aux idées du moment; les autres reportèrent leurs regards vers celles du passé; d'autres encore se vouèrent à l'éclectisme; enfin le plus grand nombre, voyant leurs espérances et leurs illusions perdues, désespérant d'ailleurs d'arriver au but en suivant les voies tracées, cinglèrent à toutes voiles vers les régions de l'inconnu. Les annales scientifiques de l'époque et des années qui la suivirent portent les traces de cette tendance à la dispersion

---

(1) A. Bérard, ouvrage cité, t. XXXI, p. 229.
(2) Jobert, ouvrage cité, t. II, pp. 365 et 387.

des idées, et l'on y trouve des travaux exécutés dans les directions les plus variées.

Ainsi, pour donner tout de suite un exemple de cette espèce de bigarrure intellectuelle, je citerai l'observation d'une dame affectée d'une fistule d'une grande étendue(1), qui, dans le cours d'un traitement institué depuis quelques années avant 1833 jusqu'en 1838, par les docteurs Morisson, Liston, Witther et Syme, fut successivement soumise à presque toutes les méthodes préconisées jusqu'alors : procédé de Desault, nombreuses applications du cautère actuel, puis caustiques suivis de l'usage de la suture entortillée, et enfin, nouvelles cautérisations par le fer rouge employé à de longs intervalles. Ce qu'il y a de plus étonnant dans cette observation, c'est que cette dame, que l'on dit avoir été considérablement soulagée par le traitement, devint enceinte en 1838 et que les accoucheurs lui trouvèrent le col utérin oblitéré, de sorte que M. Syme fut obligé, pour pouvoir terminer l'accouchement, de fendre la cicatrice qui avait réuni les lèvres du museau de tanche.

Dugès, de Montpellier, eut l'occasion de traiter une femme à laquelle Lallemand avait à plusieurs reprises appliqué inutilement sa méthode (2). L'ouverture se trouvait au col vésical. Il introduisit un spéculum *en gouttière* dans le vagin et une sonde dans la vessie pour faire bomber la partie à opérer. Il saisit la lèvre supérieure, tantôt avec les pinces de Museux, tantôt avec le crochet de Bromfield, et la réséqua avec des ciseaux fortement courbes sur le plat. La lèvre inférieure fut accrochée avec une érigne double, traversée vers son milieu par un bistouri étroit et mince, et réséquée régulièrement à droite et à gauche. Puis il perfora succes-

---

(1) *The London and Edinburgh monthly Journal*, janvier, 1842.
(2) *Gazette médicale de Paris,* 1831, n°s 44 et 367.

sivement les deux lèvres, de la face vésicale à la face vaginale, avec une aiguille courbe munie d'un fil double et ciré, dont il noua modérément les bouts. Après l'opération, qui présenta beaucoup de difficultés, une sonde fut placée dans la vessie et laissée ouverte. Il survint, le troisième jour, une hémorrhagie fort inquiétante qui obligea d'enlever les fils, et la fistule, en définitive, resta dans l'état où elle se trouvait avant l'opération. Lallemand reprit ensuite le traitement, et fit deux nouvelles tentatives avec le fer rouge et ses crochets, mais il ne réussit pas mieux que Dugès. Après ces insuccès, ce dernier chirurgien émit l'idée qu'on aurait peut-être obtenu un meilleur résultat en excisant les lèvres de la fistule et en les réunissant avec le cylindre à crochets ou au moyen de la suture enchevillée. Quant à la pauvre opérée, il lui conseilla un moyen palliatif consistant en un appareil formé d'une sonde d'argent de deux pouces seulement, munie, à son extrémité libre, d'une plaque mobile destinée à appuyer sur le méat urinaire, et à l'autre, d'une portion de vessie ou d'estomac de poisson. La sonde fut introduite par l'urèthre dans la poche urinaire, puis on y injecta de l'huile pour distendre la petite vessie, qui, pendant un mouvement de traction en avant imprimé à l'instrument, vint boucher la fistule et permit ainsi à la femme de retenir presque complétement ses urines pendant plusieurs heures.

Malagodi (1), de Bologne, ayant échoué avec le nitrate d'argent employé pour une fistule permettant le passage du doigt, pratiqua l'avivement et la suture de la manière suivante : il introduisit d'abord l'index de la main droite,

(1) *Raccoglito medico,* 6 juillet 1829, p. 38.—*Archives générales de médecine,* t. XXI, p. 126. — *Revue médicale,* 1829, t. III. — *Gazette de Santé*, 15 août 1829.

recouvert d'un doigtier de peau et recourbé en crochet, dans la fistule, l'attira autant que possible vers la vulve, souleva le bord gauche de l'ouverture et le réséqua avec un bistouri droit. La même chose fut faite sur l'autre bord, après avoir changé de main. Pour faire la réunion, Malagodi se servit de trois cordonnets portant chacun à ses deux extrémités une très-petite aiguille courbe; il replaça l'index droit dans la fistule pour l'attirer en bas; puis il porta successivement trois aiguilles à travers la lèvre gauche, en les poussant de la face vésicale à la face vaginale, et répéta la même chose de l'autre côté avec les aiguilles attachées à l'autre extrémité des fils. Trois anses furent donc ainsi passées dans les lèvres de l'ouverture, puis nouées séparément, et Malagodi termina en coupant les extrémités près du nœud. On mit une sonde dans la vessie. L'opération eut pour résultat la cicatrisation des deux tiers seulement de l'ouverture. Le dernier tiers fut cautérisé avec le nitrate d'argent pendant trois semaines, la sonde restant toujours dans la vessie. Après ce laps de temps, il y eut une grande amélioration. Le docteur Montebugnoli continua, pendant quelques semaines encore, l'emploi du caustique, et la malade fut, dit-on, complétement guérie.

Roux (1) appliqua, à une fistule longitudinale de treize lignes de longueur, l'avivement et la suture entortillée. Pour cela, il fit construire deux pinces à anneaux devant servir, l'une pour le bord droit, l'autre pour le bord gauche de la fistule. Ces pinces portaient à leur extrémité deux ailes planes et quadrilatères, mais de largeur différente, de sorte qu'étant appliquées l'une contre l'autre, l'une d'elles se trouvait découverte de la moitié. Ces plaques

(1) *Journal hebdomadaire*, 1829, t. IV, p. 241.

étaient destinées à être engagées, la grande en arrière et l'autre en avant du bord de la fistule, et à saisir celui-ci dans cette position : le bistouri pouvait trouver ainsi sur la plaque postérieure un point d'appui solide et favorable à l'exécution de l'avivement. Pour pouvoir pratiquer cette opération des deux côtés, les deux plaques de l'une des pinces étaient tournées à droite et celles de l'autre à gauche. Roux, après avoir placé la malade sur le ventre, introduisit d'abord un spéculum brisé dans le vagin, mais comme il gênait la manœuvre opératoire, il le retira et ne se guida que par ses doigts. Il commença l'avivement en incisant d'abord les commissures supérieure et inférieure de la fistule, afin d'être sûr de ne rien laisser échapper à l'accolement; puis, après avoir engagé successivement les plaques des deux côtés, il en excisa les bords au moyen d'un bistouri à pointe garnie d'une boule de cire. Cela fait, une aiguille courbe, montée sur un porte-aiguille à staphyloraphie et enfilée d'un fil dont l'extrémité opposée traversait le chas d'une aiguille d'argent terminée à son autre bout par un bouton, fut passée, vers l'angle supérieur de la fistule, du vagin vers la vessie, à travers la lèvre droite de la fistule, retirée dans le vagin, reportée ensuite, de la vessie vers le vagin, dans la lèvre gauche et ramenée encore une fois dans le vagin. Le fil fut alors tiré à travers les deux lèvres, entraînant avec lui l'aiguille d'argent, qui fut arrêtée par son bouton et fixée ainsi transversalement dans l'angle supérieur. Un second point de suture, suivi d'une seconde aiguille d'argent, fut encore passé, et enfin, Roux pratiqua l'entortillement pour terminer. Son opérée mourut sept jours après.

Colombat (1) s'occupa aussi de perfectionnements à

---

(1) Colombat, *Traité des maladies des femmes,* t. II, pp. 487 et suivantes.

apporter à la suture, et il indiqua des procédés applicables à toutes les fistules, mais qui devaient différer suivant la forme et la direction de ces ouvertures.

L'avivement cependant, d'après Colombat, peut être fait avec les mêmes instruments dans toutes les fistules indistinctement. Pour le pratiquer, on introduit dans le vagin un spéculum présentant une solution de continuité dans le sens de sa longueur; puis on saisit une des lèvres avec une pince dont les mors sont rendus mobiles et propres à agir dans tous les sens, quelle que soit la forme de l'orifice. Après cela on a le choix, comme moyen d'excision, entre le bistouri et la pince tranchante. Le premier de ces instruments est formé d'une petite lame boutonnée et à deux tranchants, montée à angle droit sur une longue tige, sur laquelle on peut la faire tourner de manière qu'elle permette d'inciser dans toutes les directions. L'autre est une longue pince dont les mors, l'un tranchant et l'autre terminé par une petite plaque de plomb destinée à soutenir les tissus pendant leur section, peuvent aussi être inclinés suivant l'exigence des cas. Quand l'un ou l'autre de ces agents diérétiques a été employé, il faut terminer exactement l'avivement des deux angles avec la lame à deux tranchants.

Pour la suture, s'il s'agit d'une fistule longitudinale, Colombat rapproche les bords avec une aiguille contournée en tire-bouchon, à la pointe de laquelle est adapté un petit fer de lance percé d'un chas. Cette aiguille présente, sur le bord externe de ses circonvolutions, une rainure destinée à recevoir le fil, qui a été engagé dans le chas, et, près de son union avec le manche, une petite vis pour y fixer ce lien. L'instrument, armé de sa ligature, est porté vers l'angle inférieur de la plaie, où l'on en fait pénétrer la pointe, d'abord dans la lèvre gauche, de la face vésicale vers la vaginale, puis, en exécutant un mouvement de rotation, dans la lèvre droite, de la face vaginale vers la vésicale, et ainsi de suite

jusqu'à ce que toute l'étendue de la lésion soit comprise dans le mouvement spiroïde. Une pince saisit alors le fer de lance terminal et le fixe, pendant qu'on fait exécuter à la spirale un mouvement en sens rétrograde, pour la retirer en laissant le fil dans la plaie. Les deux extrémités de celui-ci, ramenées hors de la vulve, sont tordues ensemble jusque près de la fistule, et fixées en cet endroit par un morceau de cire à cacheter ramollie. Après la cicatrisation, le fil est coupé au-dessus de la cire et retiré avec précaution.

Pour les fistules transversales ou obliques, Colombat se sert de deux autres aiguilles. La tige de ces deux instruments, montée sur l'extrémité d'un manche, se divise, à partir de son tiers terminal, en deux branches qui se recourbent ensuite à angle droit, puis, près de leur extrémité, s'infléchissent encore dans l'étendue d'une ligne, de manière à former dans leur ensemble un crochet anguleux dont le bout libre est tourné vers le manche. L'espèce de pince, formée ainsi par la bifurcation de l'aiguille, est susceptible d'avoir ses deux branches rapprochées par un coulant, pour pouvoir saisir un fer de lance dont la pointe doit descendre parallèlement à la tige. L'aiguille est creusée, dans toute son étendue, d'une rainure destinée à recevoir le fil, lequel passe par un chas pratiqué à l'extrémité du fer de lance opposée à sa pointe, et est fixé près du manche par une vis plate. La seule différence qu'il y ait entre les deux aiguilles, c'est que leur extrémité libre qui doit recevoir le fer de lance est tournée en sens inverse, afin de pouvoir s'engager facilement et de la même manière à travers les deux lèvres de la plaie.

Pour introduire les fils, on pousse d'abord l'aiguille dont l'extrémité est dirigée en haut, dans l'ouverture fistuleuse, et on l'engage à travers la lèvre postérieure, en passant de la face vésicale à la vaginale ; on abaisse le coulant, les deux branches s'écartent, et la lance est retirée avec le fil, que

l'on a préalablement dégagé près du manche. On débarrasse le lien de son fer de lance, et l'on en fait pénétrer de nouveaux à travers la lèvre postérieure, jusqu'à ce qu'il y en ait en nombre suffisant. Cela fait, on reprend chacun des bouts qui restent dans la fistule, et on les porte avec l'autre aiguille et dans le même sens, c'est-à-dire de la vessie au vagin, dans la lèvre inférieure.

Si l'on a eu la précaution de se servir de fils de différentes couleurs, dit Colombat, on les reconnaît plus facilement quand il s'agit de les attacher. Ce dernier temps de l'opération se fait, si c'est possible, avec un nœud double, et, si l'on ne peut le faire, avec un nœud simple, qu'on solidifie en tortillant les deux extrémités du fil jusque près de la ligne de suture, et en les y fixant avec un peu de cire ordinaire ou de cire à cacheter ramollie par la chaleur.

Fabbri, chirurgien de Ravenne, fit subir au procédé de Malagodi des modifications au moyen desquelles il obtint enfin un succès en 1830. Plus tard, il entreprit de nouvelles recherches sur ce sujet et, en 1838, fit connaître, dans un mémoire (1), une série d'instruments plus ou moins ingénieux destinés à aviver les bords de la fistule et à pratiquer la suture.

Quelque temps déjà avant la publication de ce dernier travail, Baroni, professeur à l'Université de Bologne, avait essayé l'application de la suture avec des épingles d'argent. Dans une lettre adressée à M. Peruzzi (2), M. Rizzoli expose de la manière suivante le procédé suivi par son ancien maître Baroni : « La femme étant accroupie sur les « genoux et les coudes, le chirurgien aviva les bords de

---

(1) Fabbri, *Memoria intorno alcuni nuovi strumenti per cruentare, e cucire le fistole vescico-vaginali*. Bologne, 1838.

(2) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences de Bologne*, 22 juin 1846.

« la fistule dans une grande étendue, traversa la mu-
« queuse vaginale seulement à l'aide de plusieurs épingles
« d'argent introduites profondément et respectant la vessie.
« Ces épingles furent fixées par des ligatures, et une sonde
« placée en permanence. Ce premier essai ayant échoué, et
« une seconde opération du même genre, pratiquée sur la
« même femme, n'ayant pas été plus heureuse, Baroni
« abandonna l'idée de renouveler ses tentatives. »

M. Rizzoli, qui avait été frappé des avantages de la suture de Baroni, dans un cas d'anus contre nature où il l'avait employée, l'expérimenta de nouveau en 1839, à l'hôpital de Ricovero, mais pour une fistule reeto-vaginale. Il aviva au moyen d'un petit bistouri courbe sur le plat, et passa quatre épingles d'argent qui ne eomprenaient que les deux tiers de l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, et respeetaient par eonséquent l'intestin. Elles furent fixées avec des fils disposés en 8 de chiffre. Après cinq jours, M. Rizzoli enleva les épingles et trouva la fistule, qui avait auparavant un pouee et quart de diamètre, réduite à un petit pertuis, lequel fut cautérisé ultérieurement et guéri par le nitrate d'argent.

Gerdy, ayant été frappé de cette circonstance que les procédés unissants employés jusqu'alors ne mettaient en eontact que des lèvres avivées peu étendues, crut qu'il y avait peut-être là une cause d'insuccès et imagina de disséquer, de chaque côté de la fistule, un lambeau du vagin, d'adosser ces deux lambeaux par leur surfaee saignante et de les maintenir réunis au moyen d'une suture enchevillée. On devait obtenir ainsi l'aeeolement, non plus de simples bords, mais de surfaces assez larges. Cette idée, fort rationnelle en apparenee, fut appliquée par son auteur à une fistule de quelques lignes de largeur; et, malgré une hémorrhagie et des efforts continuels d'expulsion qui contrarièrent la manœuvre opératoire, Gerdy parvint à réduire l'orifice

anormal à deux pertuis presque imperceptibles (1). Dieffenbach, en 1836, et Hayward, de Boston, en 1839, employèrent à peu près le même procédé.

Leroy-d'Étiolles fut tout particulièrement le représentant de l'éclectisme. Ne s'attachant à aucune méthode, il les examina toutes, et chercha à les perfectionner en mettant à leur service toutes les ressources de son esprit mécanicien et inventif. Il fit paraître, en 1842, un mémoire dans lequel il examina, en cherchant à leur appliquer de nouveaux procédés, le tamponnement, la cautérisation, l'opération par accolement de larges surfaces, la suture enchevillée, l'occlusion de la fistule par le col de l'utérus et l'anaplastie. Une foule d'instruments, dont il donna les figures, furent imaginés par lui pour parvenir à l'exécution facile des différents temps des manœuvres opératoires exigées par chacune de ces méthodes.

Dans ce mémoire, Leroy-d'Étiolles commence par établir que les insuccès sont la règle, dans le traitement des fistules vésico-vaginales, pour trois motifs : 1° La diminution et l'effacement de la capacité de la vessie; 2° le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale et l'amincissement du bord de la fistule; 3° l'action délétère de l'urine sur les adhérences qui commencent à se former. A ces trois causes, il en ajoute une quatrième qui n'est qu'accidentelle : l'étendue et la forme de la perforation. Il attache assez peu d'importance à la diminution de capacité de la vessie et à son peu de dilatabilité, quoiqu'on ait accusé ces deux conditions d'être la cause principale de déchirures qui se pro-

---

(1) *Revue scientifique et industrielle*, juin 1841.

(2) Leroy-d'Etiolles, *Mémoire sur des moyens nouveaux de traitement des fistules vésico-vaginales, présenté à l'Académie des Sciences*, 1842.

duisent parfois dans la cicatriee réeente des parties opérées, lorsque, par une raison ou par une autre, l'urine vient à reneontrer des obstaeles à sa sortie après l'enlèvement de la sonde. Il pense que l'accusation que l'on a dirigée eontre ees éléments d'insueeès dépend de ec qu'on n'est pas parvenu à avoir de bonnes eicatriees, qui eertainement résisteraient à leur action. D'ailleurs, il croit qu'il serait possible de disposer la vessie à la dilatation par un tamponnement préparatoire, qu'il propose de faire avec une substanee souple et inaltérable, le eaoutehoue en pâte ou en feuille. Quant au peu d'épaisseur dc la eloison et à l'influence délétère de l'urine, il affirme que ce ne sont point des obstacles absolus à la guérison, puisque dans d'autres régions et dans d'autres eireonstanees analogues, par exemple au voile du palais et dans les opérations de taille, on voit fort bien la réunion se fairc sans diffieulté. Toutefois, d'après lui, on ne peut nier quc ees deux causes exercent une influencc plus nuisible dans lc cas de fistules vésieo-vaginales qu'après les opérations pratiquées sur le périnée, parce que, dans ces dernières, les ineisions sont faites sur des tissus épais, dissimilaires, tandis que, dans la eloison vésico-vaginale, les pertes de substance forment de véritables trous dont les parois sont très-minees. Il faut donc tâeher d'empêeher le eontact des urines sur les surfaees opérées. Mais eomme on ne peut iei prendre ce liquide au-dessus de la perforation, eomme dans les fistules uréthrales, à moins de faire le eathétérisme des urctères, chose possiblc mais dangercuse, il faut pomper l'urine dans la vessie au fur et à mesure qu'elle y arrive. La position sur le dos déterminant dans la fistule une déelivité telle, que l'urine s'y préeipite naturellement, et le déeubitus sur le ventre ne pouvant être supporté et provoquant des esehares aux genoux, aux erêtes iliaqucs, etc., il n'y a pas d'autre moyen de diminucr la tendance au passage de l'urine par l'ouverture ct son action délétère, que de *soulever*

la cloison et de maintenir la fistule élevée au-dessus du col et des parties latérales de la vessie. Et pour remédier à la minceur de la cloison, il faut *étendre les points de contact en accolant, non pas seulement les bords amincis de la fistule, mais les parois vaginales avivées au pourtour de l'ouverture.*

L'étendue et la forme des fistules, dit Leroy-d'Étiolles, ont une telle influence sur le résultat définitif du traitement, qu'elles peuvent déterminer le choix d'une méthode. Ainsi les petites fistules peuvent être guéries par la cautérisation. Mais les fistules plus larges s'en trouvent moins bien, et, pour obtenir des succès dans ces cas, il faut employer l'agent modificateur d'une manière particulière. Il pense que l'action du nitrate d'argent est trop faible et qu'il faut lui préférer le fer rouge, malgré les inconvénients qu'il présente, et dont l'un des principaux est de pouvoir, après la chute des eschares, donner lieu à un agrandissement de la perte de substance. Comme ce dernier effet ne se produit que quand, après le détachement de la partie mortifiée, les lèvres sont tellement disposées qu'elles n'arrivent pas au contact, il en résulte, dit-il, que si l'on pouvait obtenir d'abord le rapprochement des bords par un plissement des parois du vagin que maintiendraient des adhérences, la cautérisation aurait bien plus de chances de réussite. C'est pour arriver à ce résultat que Leroy-d'Étiolles a inventé la cautérisation *radiée,* pratiquée sur la surface du vagin, vers les angles de la fistule, au moyen de traits de feu ou de caustiques dont l'action est superficielle et suffisante seulement pour plisser le vagin. Il appelle cette espèce d'opération préparatoire *cautérisation approximative,* et ce n'est que lorsqu'elle a produit ses effets qu'il exécute l'autre, laquelle se pratique sur les bords, comme dans les anciens procédés, et qu'il nomme *cautérisation adhésive.* L'auteur croit qu'on peut encore retirer de bons effets de la cautérisa-

tion appliquée tous les cinq ou six jours sur les angles de la fistule, en imitant ainsi le travail qui se produit naturellement dans les brûlures des commissures des lèvres et des paupières, et le procédé au moyen duquel J. Cloquet a réussi à réunir une division du voile du palais.

Si les fistules sont tellement larges qu'il faille employer la suture, Leroy-d'Étiolles, appliquant le principe qu'il a posé, choisit celle qui accole les surfaces dans la plus grande étendue possible. Or, comme c'est la suture enchevillée qui remplit le mieux cette indication, il la conseille et l'exécute au moyen de fils de caoutchouc, dont l'élasticité offre cet avantage qu'elle leur permet de s'accommoder aux différences de gonflement et de tension qui se produisent aux différentes phases du mouvement fluxionnaire qui suit la réunion.

Pour les fistules qui occupent la plus grande partie de la cloison, Leroy-d'Étiolles est d'avis qu'il faut leur appliquer l'anaplastie. Il expose le procédé qu'il a imaginé pour exécuter cette opération. Je ne le rapporterai pas ici, parce que j'aurai l'occasion d'en faire mention plus loin, en décrivant d'autres opérations du même genre.

En même temps qu'il établit ces principes, pose ces indications et indique ces modes de traitement, Leroy-d'Étiolles donne la description et le dessin des nombreux instruments qu'il a imaginés pour y satisfaire. Je n'en ferai pas l'analyse détaillée, qui serait beaucoup trop longue et qui pourrait paraître fastidieuse, d'autant plus qu'il est fort peu de ces instruments qui aient passé dans la pratique et dont on ait fait usage sur le vivant. Ceux qui voudraient en avoir une idée exacte pourront consulter le mémoire que j'ai cité; ils y trouveront beaucoup de conceptions instrumentales un peu hasardées, un peu téméraires peut-être, mais à coup sûr ils y rencontreront certaines choses qui ne sont pas tout à fait à dédaigner et qui, à un moment donné, pourraient

trouver leur application. Je me bornerai à faire la nomenclature de ces instruments :

Trois spéculums fenêtrés pour pratiquer la cautérisation ou l'excision radiée;

Une érigne pour produire le soulèvement et l'accolement de la paroi vaginale;

Un pessaire muni d'une tige courbe élévatrice agissant dans le même sens;

Une gouttière à tige élévatrice destinée aux fistules longitudinales;

Une anse élévatrice devant servir à soulever la fistule vers l'intérieur de la vessie au moyen d'un cordon engagé dans l'ouverture terminale d'une sonde passée dans ce réservoir;

Un instrument avec fils de caoutchouc pour pratiquer la suture enchevillée;

Trois colliers propres à saisir et à abaisser le col utérin, dans le cas où l'on veut fermer la fistule avec la substance de cet organe;

Une tige à branches terminales susceptibles de s'écarter dans la cavité de l'utérus, pour abaisser l'organe vers une coquille embrassant la vulve;

Une tige à crochets terminaux destinés à être engagés dans la fistule vésico-vaginale et à l'attirer vers l'extérieur;

Deux spéculums avec des griffes et une lame formant guillotine, pouvant saisir la partie à aviver et l'enlever d'un seul coup;

Des pinces tranchantes recourbées avec lesquelles on peut faire instantanément l'avivement;

Une plane pour râper le col utérin;

Un porte-aiguille dont le mécanisme conduit le point de suture à travers la cloison par un mouvement en arc de cercle;

Trois porte-aiguilles propres à faire traverser directement

le pli vaginal par l'instrument perforateur, comme dans la staphyloraphie.

Après avoir exposé ses vues et décrit ses instruments, Leroy-d'Étiolles examine l'opération pratiquée par M. Moulinié, qui consiste à fendre l'urèthre et toute la partie de la vessie située au-devant de la fistule. Il fait voir que, si ce chirurgien s'est basé sur une prétendue analogie existant entre les fistules anales et les fistules vésicales, il s'est trompé. Après une section semblable, dit-il, les bords de la plaie se rétractent à droite et à gauche, l'urèthre s'efface et ne laisse que de légers reliefs dont la réunion ne peut plus avoir lieu. Leroy-d'Étiolles discute aussi en passant l'opération de Vidal, et finit en disant que, dans les cas où tous les moyens ont échoué et où il n'y a plus à songer qu'aux palliatifs, le tamponnement pratiqué avec le caoutchouc en pâte et en bandes est le meilleur expédient que l'on puisse employer. Il n'admet pas, comme Velpeau, que ce moyen ait pour effet d'élargir la fistule; il croit, au contraire, qu'il en rapproche les lèvres par la tension de leurs angles, comme quand on tire les extrémités d'une boutonnière en sens inverse. Il a fait aussi confectionner, pour servir d'obturateurs, des pessaires élastiques munis d'une plaque destinée à s'adapter à la fistule. Quand ces moyens sont insuffisants, il propose de prendre l'urine à l'ouverture fistuleuse et de la conduire dans un réservoir de zinc s'adaptant à la cuisse.

On le voit, dans ce mémoire, Leroy-d'Étiolles touchait à tout et ne se fixait à rien. Son esprit incertain interrogeait toutes les ressources connues, et n'y trouvant pas de quoi se satisfaire, demandait à la mécanique les moyens d'arriver à la solution du problème. Les chirurgiens de l'époque ne firent pas usage de ses procédés opératoires, et cela tient peut-être autant aux inconvénients et aux difficultés d'application de la plupart d'entre eux qu'aux préoccupations excessives de l'auteur à l'endroit des questions de propriété

et de priorité, préoccupations qu'il accusa à la fin de son mémoire, en demandant aux praticiens qui voudraient expérimenter ses instruments de lui laisser la plus large part dans le mérite de l'invention.

La nomenclature que j'ai donnée des différentes pièces du petit arsenal proposé par Leroy-d'Étiolles, prouve qu'il s'était occupé avec assez d'attention des moyens d'abaisser le col utérin pour le faire servir à l'occlusion de la fistule. Cette idée avait déjà été réalisée par lui en 1836, à l'hôpital Beaujon, dans le service de Marjolin et de Laugier, sur une fistule située contre le museau de tanche. Il aviva l'ouverture et la face antérieure du col de la matrice, et les appliqua l'une contre l'autre au moyen d'érignes, de fils ou d'un des instruments indiqués plus haut. L'opération échoua. Un an après, Horner, professeur à l'université de Pensylvanie, avait pratiqué une opération semblable. Ayant eu à traiter une fistule vésico-vaginale chez une femme de trente ans, il cautérisa les lèvres de l'orifice, puis fit descendre la matrice à l'aide d'un instrument analogue à l'éphelcomètre de Guillon, et la fixa contre la fistule, en attachant l'instrument à une sonde introduite dans la vessie. L'appareil ne put être supporté que pendant deux jours : le résultat fut par conséquent négatif (1).

Un moyen singulier, que l'on pourrait regarder comme une combinaison de la méthode de Desault et de celle de Dupuytren, avec cette différence cependant qu'ici le tampon était constitué par une substance métallique, est celui qui fut mis en usage par Ségalas, dans un cas de calcul vésical compliqué de fistule vésico-vaginale. Ségalas broya d'abord la pierre, puis s'occupa de la perte de substance. Ayant

---

(1) *American Journal of the medical sciences,* dernier trimestre 1837, — et *Gazette médicale de Paris*, 1838, t. I, p. 113.

remarqué, pendant ses explorations, que lorsqu'il appliquait son spéculum conique à quatre valves, l'urine cessait de couler, il résolut de tirer parti de cette observation. Il introduisit une petite sonde de gomme élastique dans l'urèthre, cautérisa la fistule avec le nitrate d'argent, plaça son spéculum dans le vagin et l'y laissa pendant deux jours. Il le retira alors, parce que le séjour en était devenu douloureux, mais il maintint la sonde dans la vessie. Une amélioration sensible étant survenue après cette première opération, Ségalas répéta plusieurs fois la même manœuvre, et toujours avec un résultat avantageux. Enfin, il se borna à de simples cautérisations. Après trois mois de ce traitement, la fistule fut guérie (1).

En Allemagne, Dieffenbach s'occupa, avec toute l'activité, l'intelligence et la ténacité qu'il savait apporter dans ses recherches, de la question, toujours pendante, du traitement des fistules vésico-vaginales. Dominé par l'hésitation et le défaut de conviction qui caractérisaient son époque, il eut recours successivement à des moyens fort différents, et mit à contribution toutes les méthodes dont il pouvait espérer tirer quelque parti au moyen des modifications que lui inspirerait son génie. A différentes reprises, il s'adressa à la cautérisation potentielle et surtout au cautère actuel, à l'avivement à lambeaux, à la transplantation, à la suture en bourse; mais le plus souvent il se servit de l'avivement simple, suivi de la suture à points séparés. Voici, en général, comment il procédait :

La malade étant placée sur le dos, comme pour l'opération de la taille, une sonde d'argent était introduite dans la vessie, et le vagin maintenu ouvert au moyen de plu-

---

(1) *Communication faite à l'Académie de médecine de Paris.* Séance du 4 juin 1844, — et *Gazette médicale,* 1844, t. XII, p. 376.

sieurs crochets. Dans les cas de fistules situées à une grande hauteur, il saisissait les parois vaginales avec deux pinces à érignes, placées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'ouverture, et les attirait en bas jusqu'à ce que celle-ci apparût à la vulve. Si l'abaissement ne pouvait se faire, il se servait du spéculum bivalve de Ricord. Soulevant alors les bords de la fistule avec un petit tenaculum, il les enlevait obliquement avec un ténotome pénétrant à une demi-ligne de profondeur et passant entre la paroi vaginale et la vésicale, sans entamer celle-ci, de manière à former une espèce d'entonnoir ouvert vers le vagin. La suture se faisait au moyen d'aiguilles courbes dirigées, au moyen d'un porte-aiguille, à travers la paroi vaginale, en commençant à deux ou trois lignes au delà de l'avivement et en évitant soigneusement la lésion de la vessie. Les fils étaient de soie et placés à la distance de deux lignes l'un de l'autre. Après leur introduction, la plaie était nettoyée, séchée et badigeonnée avec la teinture de cantharides diluée, et les fils attachés par un double nœud. Le pansement consistait en un tamponnement du vagin fait avec de la charpie imbibée de vin; une sonde d'homme était maintenue dans la vessie et conduite dans un vase placé entre les cuisses de la femme, qu'on couchait sur le dos. On injectait de l'eau froide dans la vessie plusieurs fois par jour. Le troisième jour, Dieffenbach enlevait le tamponnement et le remplaçait par d'autre charpie, qu'il renouvelait à différentes reprises jusqu'au moment de l'ablation des fils. La sonde était laissée en place jusqu'au huitième jour, époque à laquelle la femme pouvait se lever et uriner seule. Dans les cas où la fistule présentait une direction transversale, le chirurgien de Berlin donnait le conseil de tâcher, si c'était possible, de la transformer en une ouverture longitudinale, pour éviter les difficultés opératoires qu'entraîne cette forme de l'orifice.

Dieffenbach, malgré toute son habileté chirurgicale,

malgré toute son initiative, ne parvint point à faire faire de notables progrès au traitement chirurgical des fistules. Il réussit fort peu, et il paraît même qu'il ne parvint à guérir qu'une seule grande fistule par la suture, et un certain nombre de petites par le cautère actuel, quoique les femmes vinssent en foule réclamer ses secours, et qu'il eût quelquefois poussé la persévérance au point d'opérer jusqu'à dix-huit fois la même patiente. Il déplore lui-même, avec une franchise que l'on doit admirer et dont il faut lui savoir gré, les insuccès qui ont affligé sa pratique. En en recherchant les causes, il les trouve dans la section des lèvres de la plaie par les fils, section, dit-il, qui se fait, en général, du deuxième au cinquième jour, dans la gangrène qui se manifeste autour des points de suture, et dans leur incrustation ainsi que dans celle des parties mortifiées par les dépôts urinaires. Un jour, dit-il, il crut avoir trouvé le moyen de triompher de l'ennemi, après avoir réussi à oblitérer, au moyen de huit points de suture, une fistule considérable. Mais quel ne fut pas son désappointement quand il vit ensuite un simple pertuis formé par une aiguille, un orifice à peine assez large pour admettre la pointe d'un stylet, défier tous les efforts de l'art; lorsqu'il rencontra des fistules qui, sous l'influence de la suture et de la cautérisation, augmentèrent de volume au lieu de se rétrécir, et passèrent du diamètre de cinq millimètres à celui d'un centimètre, et de celui d'un centimètre à celui de deux centimètres! « J'ai réuni, dit-il, des salles « entières de ces malheureuses femmes venues de toutes les « contrées; j'ai épuisé tous les moyens, et je n'en ai guéri « que bien peu (1). »

---

(1) Dieffenbach, *Die operative Chirurgie*. Leipzig, 1845, t. I, p. 573, — et M. Schuppert, *A Treatise on vesico-vaginal fistula*. New-Orléans, 1866, p. 35.

Wützer, de Bonn (1), suivit les traces de Dieffenbach et poursuivit le traitement par la suture avec un tel courage et une telle confiance, qu'il lui arriva d'opérer la même femme jusqu'à trente-trois fois. Il fut plus heureux que son compatriote, puisque, d'après le témoignage de Kilian (2), il guérit onze femmes sur trente-cinq (quatre sur dix-huit depuis le commencement de ses expériences, en 1838, jusqu'en 1842, et sept sur dix-sept depuis 1842 jusqu'en 1852). Le procédé qu'il suivit le plus ordinairement fut le suivant : La femme étant placée sur le ventre, le périnée porté en arrière au moyen d'un crochet, et la vulve ainsi que les parois vaginales écartées par des aides, il saisissait les bords de la fistule avec un tenaculum et, au moyen du bistouri, les excisait dans la largeur de trois à quatre lignes, en évitant la lésion de la muqueuse vésicale. La suture se faisait au moyen d'épingles à insectes placées à la distance de trois à quatre lignes et retenues par un fil entortillé. L'enlèvement des fils avait lieu le troisième ou le quatrième jour. Ce qu'il y a d'original dans la pratique de Wützer, c'est qu'il pratiquait la ponction sus-pubienne de la vessie, pour fixer en cet endroit une sonde destinée à favoriser l'écoulement continuel de l'urine, et qu'en outre, pour être plus sûr d'obtenir cet effet, il couchait la femme sur le ventre, et la maintenait dans cette position avec des courroies.

Chélius et Kilian joignirent leurs efforts à ceux des chirurgiens que je viens de citer. — Chélius, quoiqu'il ait donné son approbation au traitement employé par Wützer, ne paraît cependant pas avoir adopté la suture. Il en dit

---

(1) Wützer, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfistel,* in *Organon für die gesammte Heilkunde.* Bonn, 1843, t. II.

(2) Kilian, *Die rein chir. Operat. des Geburtshelfers.* Bonn, 1856.

le plus grand mal dans une lettre qu'il écrivit à Dieffenbach en 1844, et dans laquelle il n'est pas plus indulgent pour le cathétérisme. Toutes ses sympathies, à en juger par cette lettre, étaient pour la cautérisation, exécutée soit avec la teinture de cantharides, soit au moyen du nitrate d'argent. En appliquant ces caustiques, il agissait non-seulement sur l'orifice, mais encore sur ses environs, dans la plus grande étendue possible. « Plus la surface attaquée est grande, « dit-il, plus le résultat est favorable. » Sur trois cas, il obtint deux guérisons et une amélioration notable en mettant ce procédé en usage (1). — Kilian se servait de la suture entrecoupée, qu'il pratiquait après avoir dilaté le vagin avec des crochets mousses, introduit une sonde d'argent pour homme dans la vessie, afin de mettre en vue la région à opérer, et fait un avivement en entonnoir sur les bords de l'ouverture anormale.

Berg, de Varsovie, ayant à traiter une fistule d'un pouce et demi, accompagnée d'une rupture complète du périnée, et inutilement traitée, une première fois par la cautérisation avec le nitrate d'argent, et deux autres fois par la méthode de Nägele et celle de Lallemand, essaya d'abord une opération par la suture. Elle échoua; mais comme elle avait été suivie d'un épaississement assez considérable des bords, Berg profita de cette circonstance de la manière suivante : Sur une plaque de corne introduite dans la vessie, il excisa une ligne du bord de la fistule, et réussit alors, au moyen de crochets pointus, à écarter le vagin de la paroi vésicale, dans l'étendue de deux à trois lignes, de manière à obtenir ainsi une surface large de quatre à cinq lignes et extrêmement favorable pour la réunion. C'était là, on le voit, une

---

(1) Chélius, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch Cauterisation*. Heidelberg, 1844.

espèce de modification de l'avivement à lambeaux. Dix points de suture furent placés et serrés à nœud, et une sonde maintenue dans la vessie. Le septième jour, les fils furent enlevés; le dixième, le cathéter fut retiré et la malade se trouva entièrement guérie (1).

En Bohême, J.-V. Metzler, de Prague, traita les fistules par un ensemble de moyens dont quelques-uns présentent une analogie frappante avec certains modes de traitement plus modernes que j'aurai à indiquer plus loin. Il inventa, pour pratiquer la suture, un appareil *en chapelet* (Rosenkranz Werkzeug), dont il donna la description dans un travail qu'il fit paraître en 1846 (2). Cet appareil consiste dans un certain nombre de petites boules perforées, de la grosseur d'un gros plomb de chasse, qui doivent servir à maintenir des crampons. Metzler employa, pour dilater le vagin, un spéculum d'argent, *bien poli,* dit-il, afin qu'il pût réfléchir les rayons lumineux vers la fistule. Ce spéculum a la forme d'une lame creusée en gouttière et conique, montée sur un manche de bois recourbé à angle droit, et présentant une longueur de cinq pouces et demi sur une largeur diminuant d'avant en arrière dans la proportion de trois à un pouce. Metzler place la patiente sur les coudes et les genoux, introduit son spéculum dans le vagin et le fait appuyer vers le rectum, avive avec des ciseaux courbes le pourtour de la fistule, en emportant une ligne et demie de la substance du vagin et une demi-ligne du bord de l'ouverture. Il introduit ensuite dans les lèvres des aiguilles dorées, et les y fixe avec les crampons maintenus eux-mêmes par

---

(1) *Journal de médecine et d'histoire naturelle*, publié par l'Académie Impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, 1841, — et *Gazette Médicale de Paris,* 1842, t. X, p. 219.

(2) *Prager Vierteljahrschrift für prakt. Heilkunde,* 1846.

les grains de chapelet. Une sonde de femme, passée dans la vessie, est attachée à un bandage en T. — Le docteur Sprengler dit que Metzler, dans six cas opérés par son procédé, a eu des résultats beaucoup plus favorables que ceux qu'on a obtenus par d'autres moyens chirurgicaux (1).

L'Angleterre, qui, dans ces derniers temps, s'est engagée avec tant d'ardeur dans le traitement des fistules uro-génitales, et qui y a laissé des traces si profondes de son influence, ne paraît pas s'être beaucoup occupée de cette question thérapeutique pendant la période que je viens de traverser; du moins n'y a-t-elle point apporté un contingent capable de faire une certaine sensation et de mériter les souvenirs de l'histoire. Il n'est donc pas étonnant de trouver dans l'ouvrage de Liston, publié en 1846 (2), cette assertion : que des efforts ont été faits, *mais avec peu d'avantage,* pour parvenir à réunir les bords de la fistule au moyen de la suture, et que tout au plus, dans des cas peu graves, le temps et l'application du fer rouge peuvent amener la guérison. En 1852 même, F. Miller (3) disait encore que les essais tentés en vue de guérir les fistules au moyen de la suture avaient été si décourageants, que beaucoup de praticiens s'étaient décidés à n'employer contre la plupart de ces affections que de simples palliatifs.

Après avoir exposé les travaux exécutés depuis Lallemand, Dupuytren et Delpech, dans des directions diverses, mais toujours plus ou moins rattachées aux méthodes antérieures, je dois revenir un instant au même point de départ, pour examiner les œuvres des chirurgiens qui, dédaignant

---

(1) C. Canstatt's, *Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Ländern,* 1846.

(2) Liston, *Practical Surgery,* 1846.

(3) F. Miller, *Practice of Surgery,* 1852.

les traditions du passé comme impuissantes et stériles, ont cru devoir sortir des routes battues et s'engager dans des voies nouvelles et plus propres à leur assurer le succès.

En 1832, Vidal de Cassis vit, à l'hôpital du Midi, une femme affectée d'une fistule vésico-vaginale qui avait déjà été traitée inutilement par plusieurs méthodes. Il avait résolu de l'opérer à son tour par la suture; mais au moment de le faire, la patiente avait été tellement indocile qu'il lui avait été impossible de pratiquer l'avivement. Ne voulant cependant pas abandonner la malade sans tenter l'application d'un moyen curatif, il plaça au bout d'une pince à pansement un crayon de nitrate d'argent formant une croix avec l'instrument, et le porta dans le vagin pour cautériser fortement l'orifice fistuleux. A cause de la disposition particulière du caustique, il arriva que la paroi rectale du vagin fut fortement attaquée en même temps que la fistule. Le canal devint le siége d'un gonflement inflammatoire énorme, à la suite duquel sa surface postérieure vint adhérer à l'orifice anormal et le boucher, de telle sorte que l'urine commença à couler exclusivement par l'urèthre; seulement les envies d'uriner étaient très-fréquentes et douloureuses. Cet état persista pendant quinze jours. Vidal voulut alors reconnaître ce qui s'était passé, et, ayant placé la femme en position comme pour l'opérer, il porta l'index dans le vagin. Pendant cette exploration, il déchira probablement quelques adhérences, car aussitôt il s'écoula une petite quantité de sang suivi d'urine. La fistule se trouva ainsi reproduite et la femme ne voulut plus subir une nouvelle opération.

Vidal fit part de ce fait à la *Société médicale d'Émulation*, et le *Journal hebdomadaire* le communiqua au public. Il exposa à plusieurs chirurgiens ses idées sur le parti qu'on pouvait en tirer; et c'est ainsi, dit-il, que prirent naissance les méthodes d'autoplastie qui parurent quelque temps

après. Pour lui, ce qui le frappa le plus dans le fait qu'il avait observé, ce fut l'impossibilité où s'était trouvée la vessie de retenir les urines après l'oblitération de la fistule. Il attribua cette impuissance au manque de capacité du réservoir, et prit la résolution, le cas échéant, d'agrandir ce dernier aux dépens du vagin, en formant de la partie postérieure de celui-ci le bas-fond de l'organe urinaire. C'est de cette manière que fut conçue l'idée de la méthode nommée *indirecte*, dont le moyen d'exécution devait consister dans l'oblitération de l'orifice inférieur du conduit vulvo-utérin.

La même année, Vidal appliqua la nouvelle opération à une femme de trente-cinq ans, affectée d'une fistule assez grande pour admettre plusieurs doigts. Il aviva, au moyen du bistouri, l'orifice du vagin, et fit trois points de suture avec des aiguilles fortes, longues de cinquante-quatre millimètres, montées sur un petit manche et terminées par un fer de lance percé d'un chas destiné à admettre une anse double de fil ciré. Il traversa les bords de l'orifice vaginal avec une première aiguille munie de son fil, de manière que le chas parût entre les deux lèvres de la plaie. Il dégagea le fil, puis exécuta la même manœuvre de l'autre côté, de sorte que deux anses de fil se trouvaient alors entre les lèvres avivées. Il fit passer l'anse gauche dans la droite, et, retirant celle-ci en sens inverse de son introduction, entraîna ainsi à travers la lèvre droite le fil du côté gauche, qui était destiné à servir seul. Les deux autres points furent introduits de la même manière, et le chirurgien termina la réunion par l'application de la suture emplumée exécutée sur deux morceaux de bougie. Après cette opération, l'urine s'écoula entièrement par l'urèthre. Trois jours après, la femme put la lancer en jet, et pendant un mois il ne s'en écoula pas une goutte par le vagin. Les règles se montrèrent et sortirent par le méat urinaire. Mais un jour que la mixtion était devenue un peu plus difficile, un élève,

voulant passer une algalie dans la vessie, se trompa et la porta sur la cicatrice, qui fut déchirée. A l'instant il se fit une petite hémorrhagie, et l'urine reprit son cours par le vagin.

On vient de le voir, Vidal, en instituant son opération, avait été surtout dirigé par l'idée que, dans les fistules vésico-vaginales, la vessie, rétractée sur elle-même, est devenue impuissante à se dilater suffisamment pour retenir l'urine. La considération du croupissement du liquide dans le vagin ne l'arrêtait pas; car, selon lui, on avait singulièrement exagéré son action délétère, et les faits de guérison facile des plaies produites par la taille étaient là pour prouver que son influence sur les plaies n'est point pernicieuse. Mais, d'après sa manière de voir, l'écueil du traitement des fistules consiste en ce que, le retrait de la vessie ayant converti le réservoir qu'elle formait auparavant en une simple surface, cet organe résiste avec force, après l'opération, à l'accumulation de l'urine dans sa cavité, pousse le liquide vers le point le plus faible qui est la ligne de réunion, et détermine ainsi la reproduction de la maladie. Malgré l'insuccès de sa première tentative, Vidal ne la considéra pas comme devant décourager les chirurgiens, et il prit acte des circonstances qui l'avaient suivie pour établir : 1° que les règles peuvent passer par l'urèthre; 2° que l'urine peut jaillir par cette voie; 3° qu'elle ne s'engage pas par la matrice et les trompes dans le péritoine; et 4° qu'il y a lieu de croire que le séjour de ce liquide ne doit pas donner lieu facilement à la formation de calculs dans la nouvelle poche artificielle destinée à le contenir (1). Il recommença un second essai à l'hôpital Necker, mais sans pouvoir obtenir l'oblitération du vagin.

Velpeau ayant eu dans son service, quelque temps après, une malade affectée d'une fistule vésico-vaginale compliquée

---

(1) Vidal de Cassis, ouvrage cité, t. V, pp. 581 à 586.

d'oblitération presque totale du vagin, essaya, au moyen du fer rouge, puis d'un point de suture, de compléter l'occlusion pour arriver au résultat poursuivi par Vidal. Mais il échoua aussi, et ne put obtenir qu'un rétrécissement du conduit, au lieu de la fermeture complète qu'il espérait.

Lenoir fit, de son côté, un essai d'occlusion, mais en suivant un autre procédé. L'orifice vaginal ayant été préalablement avivé par le fer rouge, il passa une canule de bois, creuse et légèrement courbe, dans le canal de l'urèthre, puis une autre de la même forme dans le rectum, et les rapprocha au moyen d'une vis de rappel qui en traversait l'extrémité libre. Cette opération fut, comme les autres, suivie d'insuccès.

Enfin A. Bérard employa pour obtenir l'oblitération un procédé fort ingénieux. Il incisa circulairement l'entrée du vagin, et disséqua de bas en haut une espèce de manchette de deux centimètres de largeur. Il passa autour du bord libre un fil introduit comme dans la suture en bourse, et en attira les deux extrémités dans la vessie, puis hors de l'urèthre au moyen d'une sonde, de manière à accoler à elle-même la surface saignante de la manchette; ensuite il réunit l'entrée avivée du vagin au moyen de trois points de suture enchevillée. L'opérée alla bien pendant vingt jours; mais à cette époque elle fut prise d'une pleurésie et d'une péritonite auxquelles elle succomba (1).

Ce dernier fait ayant été présenté à l'Académie de médecine de Paris par Bérard (2), la société savante ouvrit à ce sujet une discussion où différents arguments pour ou contre l'occlusion du vagin furent émis par P. Dubois, Blandin, Gerdy, Moreau, Roux, Velpeau et Bérard. Ceux

---

(1) A. Bérard, ouvrage cité, Bruxelles, t. XXXI, p. 231.

(2) Séance du 11 février 1844.

qui combattirent l'opération alléguèrent qu'elle peut être dangereuse, à cause du grand nombre de veines qui se trouvent dans la région, et que ce qui le prouve, c'est le cas de mort qui a suivi la tentative de Bérard; que l'oblitération du vagin est non-seulement contre-indiquée, mais qu'elle est forcément inefficace, ainsi que l'attestent les insuccès qui ont constamment suivi ces opérations; que ces insuccès résultent de la pression continuelle de l'urine derrière la plaie, de la minceur de la paroi qu'il faut aviver vers le méat urinaire, et surtout de ce que, l'oblitération étant une opération contre nature, il faut s'attendre à voir les forces de l'organisme se tourner contre elle, bien loin de les avoir pour auxiliaires. Ils objectèrent encore que l'opération ne faisait que transformer une infirmité en une autre; que le sang menstruel, étant retenu dans le cloaque vésico-vaginal, s'altérerait et donnerait lieu à des accidents; que l'urine, stagnant dans cette même cavité, pourrait y laisser déposer des concrétions; que le liquide pourrait refluer par l'utérus et les trompes de Fallope dans le péritoine; qu'enfin, supprimer les fonctions génératrices chez une femme, c'est faire une chose grave et qu'il ne faut se permettre que dans des cas d'absolue nécessité. A ces objections, les partisans de l'opération répondirent par les considérations suivantes : Certainement, dirent-ils, l'opération peut être suivie d'accidents, mais pas plus que d'autres pratiquées dans les mêmes régions, par exemple que l'opération pour la fistule à l'anus, qui est généralement si innocente; elle est délicate et difficile, mais cependant elle est loin d'être inexécutable; à la vérité, jusqu'aujourd'hui on n'a pu encore réussir à boucher complétement le vagin, mais cela ne prouve pas qu'on ne puisse pas le faire à l'avenir, et il y a, du reste, des faits d'oblitération complète et spontanée de l'organe à la suite d'inflammations violentes et de gangrène; dans ces cas, les

règles sortaient par l'urèthre, ce qui prouve bien qu'il n'y a pas de danger de rétention de ce liquide, dont la coagulation dans le vagin n'a pas lieu, puisqu'il s'écoule goutte à goutte et ne se fige pas comme le sang ordinaire; d'ailleurs, on sait que les règles se suppriment souvent sans de grands inconvénients chez les femmes affectées de fistules vésico-vaginales; il ne faut pas trop redouter l'action irritante de l'urine sur le vagin, puisqu'on sait que les organes sont susceptibles de se modifier de manière à s'accommoder aux nouvelles fonctions auxquelles ils peuvent être appelés, et qu'on en voit la preuve dans les anciennes fistules vésico-vaginales, où cette action ne paraît pas produire de bien grands désordres dans le conduit vulvo-utérin (Roux); si cependant les inconvénients du croupissement des urines se manifestaient, il y aurait peut-être moyen d'établir une dérivation au moyen d'une ponction faite par le rectum (Bérard); quant à la possibilité de la formation de concrétions calculeuses dans le cul-de-sac vaginal, c'est là une objection théorique et que l'observation n'a pas encore sanctionnée, et quand on a vu des calculs se former dans le vagin de femmes chez lesquelles existait une espèce de disposition qu'on pourrait appeler lithoplastique, cela tenait vraisemblablement à la continuité de l'écoulement du liquide urinaire par la fistule, et peut-être serait-il possible, en rétablissant la régularité de la fonction, de prévenir les effets de cette disposition; pour ce qui concerne la suppression des fonctions génératrices, il faut remarquer qu'on ne propose l'opération que pour les cas extrêmement graves où généralement les rapports sexuels sont devenus impossibles; d'ailleurs elle ne peut être faite que du consentement de la femme et du mari; enfin, les défenseurs de la méthode alléguèrent l'incurabilité des fistules vésico-vaginales, tellement bien constatée à cette époque, qu'on en était venu à contester même la guérison

des fistules les plus étroites, et ils insistèrent sur la nécessité de chercher à remédier à cet état de choses par l'application de nouveaux moyens de traitement.

En dehors de la discussion académique, la méthode de Vidal fut encore soumise à une discussion littéraire. Déjà la plupart des arguments exprimés à l'Académie avaient été émis antérieurement dans des écrits publiés par divers auteurs. Bouisson, en 1837, avait fait des principes de ce chirurgien le sujet d'une thèse (1) dans laquelle, outre toutes les opinions connues de l'inventeur, il mentionna encore celle-ci, que Vidal était tellement convaincu de l'impuissance des procédés ordinaires dans les cas de fistules larges et profondes, qu'il proposait, pour étendre le cadre d'application de ses idées, d'agrandir ces ouvertures anormales en épargnant toutefois le col de la vessie. Jeanselme (2), en 1838, avait soutenu l'opération de Vidal en s'appuyant surtout sur l'incurabilité des fistules anciennes du bas-fond de la vessie. Michon (3), au contraire, avait combattu énergiquement l'oblitération du vagin par des motifs analogues à ceux qu'on avait fait valoir au sein de l'Académie de Médecine. Après la discussion, la méthode trouva encore dans la *Gazette médicale* un puissant antagoniste (4). Mais A. Bérard en reprit la défense (5), en spécifiant davantage les cas où il convient de l'appliquer et en réfutant de nouveau les arguments qui avaient été dirigés contre elle. Il dit qu'il était persuadé que la plupart des femmes affectées de fistules vésico-vaginales feraient

---

(1) Bouisson, Thèse de Paris, 1837.

(2) Journal *L'Expérience*, 1837-1838, p. 268.

(3) Michon, Thèse citée.

(4) *Gazette Médicale*, 1845, t. XIII, p. 114.

(5) A. Bérard, ouvrage cité, t. XXXI, p. 230.

volontiers le sacrifice de la copulation pour se soustraire aux inconvénients de leur infirmité; il soutint encore que le défaut de contractilité du cul-de-sac vaginal n'est pas une raison pour croire à la stagnation de l'urine et à la formation des calculs; « D'ailleurs, dit-il, cette objection « ne doit pas arrêter le chirurgien, puisque, en définitive, « on pourrait remédier aux accidents de ce genre en réta- « blissant l'ouverture naturelle au moyen d'une incision. »

A côté de la méthode de Vidal, qui était bien la plus hardie et la plus radicale qu'on pût imaginer, Jobert de Lamballe, guidé par ses études sur l'autoplastie, en établit une autre qui consistait à aller chercher dans les environs de la fistule les éléments de son oblitération (1). Il appliqua pour la première fois, en 1834, cette méthode, qu'il nomma *élytroplastie* ou *cystoplastie,* en observant les règles suivantes : On fait d'abord l'avivement de la fistule avec le bistouri ou des ciseaux, après l'avoir attirée vers l'extérieur au moyen des doigts ou de pinces de Museux appliquées soit sur ses bords, soit, dans le cas où elle est très-élevée, sur le col utérin. On taille ensuite un lambeau pris aux dépens des grandes lèvres ou de la fesse, ou de ces deux parties à la fois. Ce lambeau, qui doit avoir assez d'épaisseur et une certaine étendue, parce qu'il faut y ménager des éléments de nutrition et compter sur les effets de la rétraction, a sa base adhérente, qui est large, tournée vers le vagin, et son sommet, qui est arrondi, dirigé vers l'extérieur. Quand il est formé, on en plisse le sommet, on le traverse d'un fil ciré, que l'on fait passer par la fistule et le canal de l'urèthre au moyen de la sonde de Bellocq, et on l'attire ainsi doucement dans l'orifice en même temps qu'on

---

(1) Jobert de Lamballe, *Traité de Chirurgie plastique,* 1849, t. II, p. 409, — et *Gazette Médicale,* 1836.

l'y pousse avec le doigt. Le lien est confié à un aide, puis le chirurgien enfonce d'un seul coup une aiguille munie d'un fil à travers les bords du lambeau et de la fistule, au niveau des deux angles de celle-ci. Ces deux points de suture sont ensuite noués à l'aide d'une pince, d'une sonde de femme ou de tout autre instrument analogue. On en laisse pendre les bouts à l'extérieur, et le fil suspenseur, celui qui a passé par la fistule et le canal uréthral, est collé avec du diachylon sur la cuisse ou le ventre. Enfin, on engage dans l'urèthre une sonde de gomme élastique soutenue par des rubans fixés à un bandage de corps, et on place la femme dans une position horizontale. Généralement on coupe les points de suture le douzième ou le quinzième jour après l'opération; mais le pédicule ne doit être détaché que beaucoup plus tard, du trentième au quarantième jour, car il est arrivé à Jobert de le voir frappé de mort pour l'avoir résćqué trop tôt. Après la section du pédicule, la sensibilité y disparaît ordinairement pour un certain temps; mais il est à remarquer que, contrairement à ce qu'on a dit, les poils y croissent et s'y développent même d'une manière remarquable.

Jobert mit cette méthode en usage sur plusieurs femmes. Dans un premier cas, il échoua d'abord; mais une seconde opération fut suivie d'une réussite complète, malgré le passage d'un fil à travers le lambeau et la persistance, à un angle de la plaie, d'un pertuis qui donna lieu pendant trois mois à un léger suintement d'urine. Pour remédier à ce dernier accident, Jobert cautérisa à différentes reprises la fistulette avec le nitrate d'argent, puis y plaça un point de suture maintenu avec le serre-nœud de Desault; et au moyen de ces petites opérations complémentaires, la continence d'urine fut complétement rétablie. Une Commission nommée par l'Académie put constater, quatre mois après, que la guérison ne s'était pas démentie. Dans un second

cas, Jobert perdit son opérée deux jours après l'opération, à la suite d'une péritonite. Dans un troisième cas, l'élytroplastie échoua encore une première fois à cause d'une gangrène survenue le douzième jour, après une résection prématurée du lambeau; une seconde tentative ayant été faite, l'opérée, d'après Jobert, se trouvait dans les meilleures conditions, lorsque, pour pouvoir entrer à la Salpêtrière, elle détacha elle-même les parties cicatrisées avec des ciseaux et un bistouri : de sorte qu'il y a doute ici sur le résultat obtenu. Depuis lors, Jobert pratiqua encore à l'hôpital Saint-Louis de nouvelles opérations du même genre, mais sans jamais aboutir au succès.

Le souvenir du cas qui inspira à Vidal de Cassis sa méthode d'oblitération vaginale, fut probablement l'origine de deux essais que fit Velpeau, l'un avec le caustique appliqué sur les parois vaginales, l'autre au moyen de procédés particuliers d'élytroplastie. Dans la première expérience, il cautérisa le contour de la fistule et la paroi postérieure du vagin, comme Vidal l'avait fait accidentellement; mais, en outre, il s'efforça de maintenir en contact les deux faces opposées du canal au moyen du tamponnement du rectum. Les malades ne purent supporter le corps étranger. Dans la seconde tentative, ce chirurgien exécuta l'élytroplastie en deux fois : d'abord il tailla le lambeau et le laissa se cicatriser, puis, dans un second temps, il l'aviva avec de l'ammoniaque et le poussa vers la fistule au moyen de boulettes de charpie. Cette opération ne réussit pas. Enfin, Velpeau pratiqua encore la vésicoplastie de la manière suivante : saisissant avec une érigne double la paroi postérieure du vagin, à l'endroit situé en regard de la fistule, il l'attira vers la vulve, pendant qu'un doigt porté dans le rectum favorisait cette manœuvre. Il l'incisa transversalement, en avant et en arrière du point soulevé par l'érigne, dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi. Il détacha ensuite

d'avant en arrière, toujours sans pénétrer dans le rectum, un pouce environ de la partie moyenne de la substance limitée par les deux premières incisions. La fistule, préalablement avivée, fut aussitôt traitée par la suture : chaque fil, muni de son aiguille courbe, fut d'abord introduit d'avant en arrière au-dessous du pont vaginal, puis passé à travers la lèvre postérieure de la fistule en y pénétrant de la face vésicale à la face opposée, et ramené ensuite sous le pont, pour être retiré au dehors de la vulve. Dans un second temps, chaque extrémité de fil ramenée à l'extérieur fut engagée dans la lèvre antérieure de l'ouverture anormale, encore de la vessie vers le vagin. En nouant les bouts opposés, on força l'arcade décollée à remonter dans la fistule et à passer dans la vessie, tandis que les lèvres de l'orifice vinrent s'accoler en dessous du pont. Cette opération, tout ingénieuse qu'elle était, n'eut pas plus de succès que les autres (1).

Leroy-d'Étiolles (2), frappé de la difficulté de l'application de l'anaplastie en arcade, proposa le procédé suivant : Une incision est faite transversalement au-dessous de la fourchette et prolongée entre le rectum et le vagin jusqu'à l'endroit où ces deux organes se touchent plus intimement; deux incisions longitudinales, pratiquées sur les deux côtés de la paroi vaginale, viennent tomber à angle droit sur la première; il en résulte un lambeau quadrilatère, à base adhérente en arrière, qui, au moyen de fils engagés à travers sa substance, puis portés dans les lèvres de la fistule, se relève, se retourne, et vient s'appliquer par sa surface saignante contre l'orifice préalablement avivé, où il est retenu au moyen d'une sonde passée dans la vessie, et à travers

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. I, p. 704.

(2) Leroy-d'Étiolles, Mémoire cité, p. 17.

les yeux de laquelle on insinue les fils. Dans les cas où l'on éprouverait trop de difficulté à porter ceux-ci à travers la cloison vésico-vaginale, on pourrait tenir le lambeau étendu et accolé autour de la fistule, en appliquant et fixant sur sa face muqueuse une plaque de métal ou d'ivoire, au moyen d'un cordon qui traverserait en même temps le milieu de la plaque et du lambeau, et passerait par l'orifice, pour être ramené au dehors au moyen de la sonde. Ce procédé n'a pas été appliqué sur le vivant.

L'autoplastie vésicale fut attaquée, comme la méthode de Desault, la cautérisation, la méthode de Lallemand et la suture, par Jeanselme (1), qui s'attacha surtout à démontrer le peu de valeur des observations publiées par Jobert. D'autres firent remarquer que la malade opérée par l'élytroplastie, dont ce praticien avait communiqué l'observation à l'Académie, et pour l'examen de laquelle ce corps savant avait nommé une Commission, présentait une espèce d'obstacle au passage de la sonde dans la vessie, ce que Jobert attribuait à la saillie du lambeau, tandis que certains académiciens y trouvèrent la preuve que la fistule siégeait à l'urèthre et non au bas-fond de la poche urinaire (2). Michon (3) reprocha à la méthode sa difficulté, son défaut de sûreté et le peu de chances que donnent à la réunion le contact d'une surface sanglante avec l'urine et la différence de vitalité qui existe entre la cloison vésico-vaginale et le tissu sous-cutané.

Une réminiscence des opérations de Leroy-d'Étiolles et de Horner, conseillées ou pratiquées pour souder le col utérin à la fistule, inspira probablement Jobert de Lamballe

---

(1) Journal *L'Expérience*, 1837-1838, p. 266.

(2) Fabre, *Bibliothèque du Médecin praticien*, 1843, t. I, p. 180.

(3) Michon, Thèse citée.

quand il pratiqua, en 1840, ce qu'il nomma la *cystoplastie faite avec l'utérus*. Une fistule se trouvait au niveau du col de la matrice. Jobert attira cet organe à la vulve avec les pinces de Museux et en aviva la face antérieure, ainsi que le bord inférieur de l'ouverture anormale; ensuite, avec une espèce de sonde à dard, il passa un fil, d'abord d'avant en arrière, puis d'arrière en avant, dans la paroi antérieure du col utérin, en embrassant une assez grande épaisseur de tissu, et en engagea les extrémités libres dans la lèvre inférieure de la fistule, de la face vésicale à la face vaginale, de manière à avoir ainsi une anse à concavité inférieure. Il en fixa les bouts avec le serre-nœud de Desault. Neuf jours après, le serre-nœud fut retiré, les fils ayant passé à travers les chairs, et l'opération échoua. Dans deux autres opérations pratiquées sur une autre malade, Jobert ne fut pas plus heureux; et ce qu'il y a de singulier, c'est qu'il attribua ses échecs « à la structure de l'utérus et à l'absence de tissu « cellulaire..., puisqu'il n'y a aucun organe dont l'organi- « sation soit moins favorable à la déposition de la lymphe « plastique (1)... »

Toutes ces expériences de la méthode anaplastique, tous ces procédés ingénieux imaginés pour la faire réussir, après avoir pendant quelque temps inspiré les plus vives espérances, commençaient à partager le sort des inventions précédentes et à perdre de leur crédit. Jobert lui-même sentait sa foi ébranlée, après toutes les déceptions que lui avaient procurées les opérations qu'il avait pratiquées d'après cette méthode; il sentait insensiblement s'échapper de ses mains le talisman au moyen duquel il avait pu faire croire un moment qu'il était devenu le maître de l'affection rebelle. Un grave échec, dont il venait d'avoir à déplorer

(1) Jobert de Lamballe, ouvrage cité, t. II, p. 428.

les conséquences, lui faisait voir toutes les lacunes qui existaient encore dans cette partie de la thérapeutique chirurgicale. Il y réfléchissait, lorsque tout à coup il fut frappé de l'idée que la difficulté de la guérison des fistules dépendait peut-être de l'état de tension, de rétrécissement, de raccourcissement du terrain sur lequel elles siégent et qui est le résultat nécessaire de la perte de substance que la paroi a subie pendant l'établissement de l'ouverture anormale. Il se demanda si cet état, qui est contraire aux conditions de relâchement que l'on cherche toujours à obtenir dans toutes les opérations autoplastiques et les réunions en général, ne devait pas exercer un tiraillement nuisible sur les fils et compromettre ainsi la guérison. Cette supposition passa bientôt dans son esprit à l'état de conviction profonde. En recherchant les moyens de remédier à cette cause d'insuccès, qu'il regarda désormais comme incontestable et comme devant dominer toutes les recherches chirurgicales, il étudia avec soin les dispositions anatomiques du champ ordinairement occupé par les fistules, et il crut remarquer que les organes y présentent des rapports tels, qu'il est possible, sans s'exposer à des lésions dangereuses, de les détacher les uns des autres dans une certaine étendue. Il pensa donc réaliser un progrès considérable en établissant, comme règle générale, le décollement et le débridement de toutes les parties environnantes, et la conversion, par cet expédient, de la cloison vésico-vaginale en une paroi lâche et flottante, sur laquelle la suture pourrait désormais s'appliquer sans être contrariée par aucune force antagoniste. C'est là le point de départ de cette méthode nouvelle que Jobert nomma *cystoplastie par glissement, autoplastie vésico-vaginale par locomotion, méthode française,* et qui devait avoir bientôt un si grand retentissement et une action si marquée sur les progrès ultérieurs du traitement des fistules.

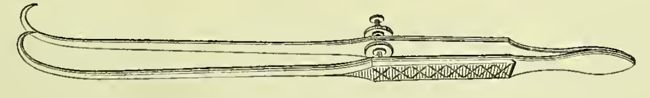
Pour pratiquer l'opération d'après cette méthode, Jobert se servait des instruments suivants :

1° Un spéculum univalve de bois, creusé en gouttière, et à manche coudé à angle droit (1);

2° Des leviers ou valves plus ou moins coudés, propres à écarter les parois latérales du vagin (rétracteurs);

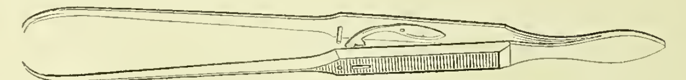
3° Des pinces de Museux, pour attirer le col utérin vers la vulve;

4° Pour certains cas, une pince à double crochet, destinée à pratiquer l'abaissement du même organe;



(1) Ces figures sont dessinées d'après l'atlas de Jobert, et à demi-grandeur, comme la plupart de celles contenues dans ce livre. Un chiffre particulier indiquera les dessins qui sont reproduits dans d'autres proportions.

5º Une pince à disséquer à dents saillantes, ayant pour destination de saisir les bords de la fistule;

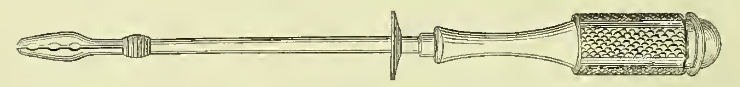


6º Un bistouri ordinaire, pour détacher le col utérin; un bistouri droit boutonné, et des ciseaux droits et courbes, pour pratiquer l'avivement;

7º Des aiguilles solides à petite courbure;



8º Un porte-aiguille droit, ou courbé à son extrémité;



9º Pour les fistules difficilement accessibles, une espèce de sonde à dard d'où s'échappe, par la pression, une aiguille munie d'un fil;



10º Pour d'autres cas particuliers, une aiguille fixée sur un manche, légèrement recourbée et percée d'un chas à son extrémité;

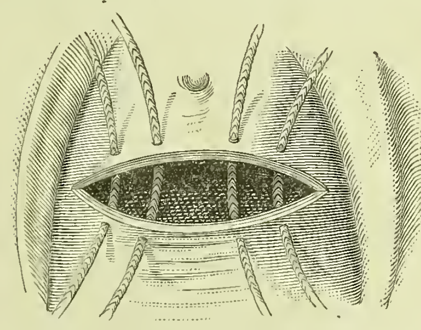


11º Une sonde de femme ou un cathéter de gomme élastique.

L'opération était exécutée comme suit :

La femme placée sur le dos, on applique le spéculum et les rétracteurs, puis on saisit le col utérin avec les pinces de

Museux et on l'abaisse. Suivant l'étendue de la fistule et les besoins de l'opération, on le détache alors doucement par une incision transversale semi-circulaire, rasant le col et l'entamant même superficiellement, s'il le faut. On avive les bords de la fistule, en ayant soin que le sang ne souille pas les parties à rafraîchir; pour cela, si la fistule est transversale, on commence par la lèvre postérieure et l'on termine par la lèvre antérieure et les angles; si l'ouverture est longitudinale, on peut indifféremment commencer par l'un ou l'autre côté. Dans cet avivement, il est nécessaire de mordre assez avant sur les bords de la plaie, de peur de rester dans des tissus calleux peu vasculaires et peu propres à la réunion par première intention. Règle générale, il faut obtenir de larges surfaces saignantes afin d'augmenter les points de contact des deux lèvres. Pour pratiquer la suture, on saisit celles-ci avec la pince, on dirige les aiguilles montées sur leur porte-aiguille vers l'une d'elles, que l'on traverse du vagin vers la vessie, et, sans désemparer, on attaque l'autre en sens inverse, c'est-à-dire de la face vésicale à la face vaginale. On applique ainsi autant d'anses qu'on le juge utile, mais en général, il convient d'en employer peu, et cinq suffisent pour un espace de trois pouces. Les fils que les aiguilles entraînent à leur suite sont de soie, légèrement aplatis et cirés, et quelquefois du volume d'un lacet. Quand ils sont tous introduits, on les noue *légèrement,* et cette précaution, ajoutée au placement des fils à distance, prévient le développement des inflammations consécutives. Si la



fistule est située très-haut et difficilement abordable, on emploie la sonde à dard, engagée dans la vessie par l'urèthre, et l'on traverse les deux lèvres avec l'aiguille de l'instrument, de la face vésicale à la face vaginale. Après cela, on examine avec soin s'il y a quelque part du tiraillement ou de la tension, et s'il en existe, on pratique, là où il convient de le faire, un nombre d'incisions libératrices suffisant pour donner aux parties réunies le relâchement et la liberté qui leur sont indispensables.

L'opération étant terminée, on fait des injections froides dans le vagin et l'on place la sonde de gomme élastique. En portant cet instrument dans la vessie, il est bon de se souvenir que, dans les fistules vésico-vaginales, ce viscère est rétréci et qu'il est très-rapproché du pubis : il faut donc éviter d'en heurter les parois et surtout celles de la partie opérée. La sonde devra être changée souvent, afin d'éviter les incrustations et l'accumulation de sang ou de pus dans ses orifices. Pour absorber le sang qui pourrait suinter après l'opération, on introduit dans le vagin un tampon d'amadou retenu par un fil ciré, que l'on retire avec précaution après vingt-quatre heures. On couche la femme dans son lit, en décubitus dorsal. Les fils sont enlevés plus ou moins tôt, suivant l'état de la plaie : jamais avant le cinquième jour, et rarement après le douzième (1).

Jobert communiqua sa nouvelle découverte, en 1847, à l'Académie de Médecine (2), et l'exposa dans toutes ses particularités, en l'appuyant de vingt-neuf observations détaillées, dans un ouvrage consacré spécialement à

---

(1) Jobert de Lamballe, ouvrage cité, t. II, p. 442, — et Churchill, *Traité des Maladies des Femmes*, p. 891.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1846-1847.

la chirurgie plastique, mais où l'étude des fistules vésico-vaginales occupe la place la plus étendue et la plus importante (1). Dans ce travail, Jobert se livre à quelques considérations anatomiques sur la vessie et le vagin, surtout dans leurs rapports avec le péritoine, sur l'épaisseur de la cloison qu'ils forment, sur les mouvements que les deux parois exécutent l'une sur l'autre pendant l'abaissement du col utérin, et sur la position des uretères. Il fait ensuite un aperçu historique des fistules vésico-vaginales, passe à la définition et à la division de ces affections, s'occupe de leur forme, de leur nombre et de leur siége, puis des complications, de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, des symptômes, du diagnostic et du pronostic. Il cite deux cas de fistules vésico-utérines. A l'article du traitement, il examine successivement la méthode *médiate*, comprenant la cautérisation et la méthode de Desault, et la méthode *immédiate*, constituée par la suture, le rapprochement des lèvres par des instruments unissants, et l'élytroplastie. Il subdivise l'élytroplastie en : 1° élytroplastie par la méthode indienne; 2° cystoplastie faite avec l'utérus; 3° élytroplastie exécutée avec le vagin, et 4° cystoplastie par glissement. Il termine par l'examen des changements survenus après la guérison des fistules vésico-vaginales dans les organes génitaux et l'organisme entier, et par quelques considérations sur le degré de curabilité ou d'incurabilité de ces affections.

La méthode de Jobert ne fut pas plutôt connue qu'elle fut essayée par un assez grand nombre de chirurgiens distingués. Chose remarquable! tandis que Jobert rendait compte de nombreux succès, la plupart des expériences faites par les autres échouèrent, et il n'y eut guère

---

(1) Jobert de Lamballe, *Traité de Chirurgie plastique*. Paris, 1849.

que M. Maisonneuve qui réussit d'une manière plus ou moins complète. Ce praticien, enhardi par les résultats qu'il avait obtenus, appliqua les principes de Jobert dans les cas les plus désespérés. C'est ainsi que, en 1848, il les mit en pratique avec succès pour une fistule où toute la paroi vésicale inférieure avait disparu. C'est ainsi encore que, en 1848, il employa concurremment le débridement vésico-utérin de Jobert, et un nouveau débridement, qu'il nomma *uréthro-pubien*, et qui consiste dans la dissection de l'urèthre au-dessous du pubis au moyen d'une incision courbe à convexité supérieure. En 1851, il guérit une nouvelle fistule par le procédé Jobert combiné avec le débridement uréthro-pubien seul. En 1850, dans un cas extrêmement compliqué, il se ménagea un accès vers l'ouverture au moyen d'une incision latérale pratiquée au périnée au-devant du rectum, détacha au-dessous du pubis le petit tronçon de l'urèthre resté, puis le col utérin, d'après le procédé Jobert. La maladie s'étant reproduite par la force rétractile des cicatrices résultant des incisions pratiquées pour rendre possible l'affrontement des lèvres, il tenta une seconde opération qui eut les mêmes résultats. Il s'adressa alors à l'occlusion de la vulve, avec l'intention de maintenir à la partie supérieure de la réunion un orifice où il comptait placer un obturateur. Cette opération réussit; mais les obturateurs n'ayant pu être supportés, il compléta la fermeture de la vulve, et ouvrit un orifice de communication dans le rectum. Malheureusement, cet orifice se rétrécit, au point que M. Maisonneuve dut recourir encore à un autre moyen : il se servit du périnée, pour y pratiquer une ponction destinée à établir un trajet fistuleux, qu'il croyait devoir mieux se prêter en cet endroit à l'introduction d'une canule ou d'un obturateur. Mais après cette opération une phlébite survint et la malade mourut. Plusieurs de ces faits furent soumis à la Société de Chirurgie,

qui examina la pièce pathologique du quatrième cas, et fit faire une enquête sur le deuxième (1).

M. Maisonneuve qui, pas plus que les autres chirurgiens de Paris, n'avait attendu le livre de Jobert pour prendre connaissance de ses procédés, avait déjà mis en usage, avant 1849, l'autoplastie vésicale par glissement. Mais, pour la province et l'étranger, ce livre fut le signal d'un véritable réveil, et à l'annonce des avantages de la nouvelle méthode, au bruit des succès qu'on lui attribuait, au retentissement des brillantes opérations qui se pratiquaient à l'hôpital Saint-Louis, les travailleurs reprirent courage et se remirent à l'œuvre, les uns pour appliquer les idées nouvelles, les autres pour les adapter à leurs propres opinions, d'autres enfin pour les combattre et les remplacer par d'autres moyens opératoires. Un mouvement général, comme on n'en avait pas encore vu jusqu'alors, se manifesta de toutes parts en Europe, et l'impulsion fut tellement vigoureuse, qu'elle s'étendit jusqu'en Amérique et qu'elle y activa les efforts auxquels ce pays se livrait déjà depuis quelque temps, efforts qui devaient eux-mêmes aboutir à cette espèce de révolution chirurgicale dont nous avons été récemment les témoins.

L'œuvre de Jobert, cela est incontestable, a donc eu le mérite de provoquer l'apparition de nouveaux travaux qui ont changé la face de la science à l'endroit des fistules uro-génitales : c'est une gloire qu'on n'enlèvera pas au célèbre chirurgien français. Mais à côté de cet éloge, que je me plais à exprimer, il y a malheureusement à ajouter des critiques et à signaler des défauts qui déparent singulièrement le livre qui a tant occupé la chirurgie moderne. Ainsi, sans parler de la manière dont il est rédigé, il faut y

---

(1) Maisonneuve, *Clinique chirurgicale,* 1864, t. II, pp. 660 et suiv., — et *Mémoires de la Société de Chirurgie,* 1852, t. III, p. 223.

regretter l'absence presque complète de toute notion historique, et l'oubli le plus étonnant de tout ce qui s'était fait antérieurement hors de France, et je dirai même à une certaine distance de Paris. En constatant ces étranges lacunes, on se demande quels sont les motifs qui ont pu y donner lieu. Est-ce l'indifférence, la légèreté, le défaut d'érudition ou un parti pris d'avance? Chacune de ces suppositions serait également fâcheuse pour la mémoire d'un homme du mérite de Jobert; mais la plus mauvaise serait sans contredit la dernière, si malheureusement il fallait s'y rattacher; et dans ce cas, on ne pourrait que déplorer le sacrifice qu'il aurait fait de cette grande et belle science qui résulte de l'harmonie des travaux de tous les pays, pour se laisser guider par je ne sais quelles idées mesquines de prépondérance et de suprématie locales. Ignorait-il qu'un des caractères d'un livre imparfait est précisément de ne refléter qu'une des faces de cet ensemble, dont les différentes parties ne peuvent briller que pour autant qu'elles soient éclairées par toutes les autres?

M. Verneuil, qui professe bien sur les relations scientifiques internationales les opinions les plus saines, les plus loyales et les plus consciencieuses que j'aie vu exprimer (1), a reproché sévèrement à Jobert cette omission historique et ce déni de justice (2). M. Herrgott, de Strasbourg, et les Allemands, surtout Kilian (3), se sont joints à lui; et je ne puis, bien malgré moi, que m'associer à eux à mon tour pour regretter un travers dont l'abus mènerait droit à l'isolement, à l'enraiement de tout progrès et à l'obscurantisme.

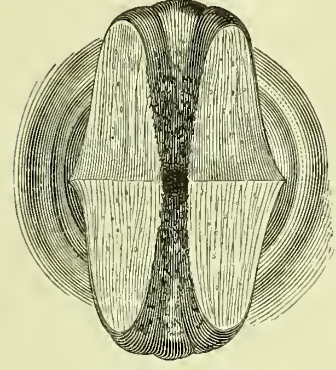
---

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris,* 1860-1861, t. XXVI, pp. 173 et suivantes.

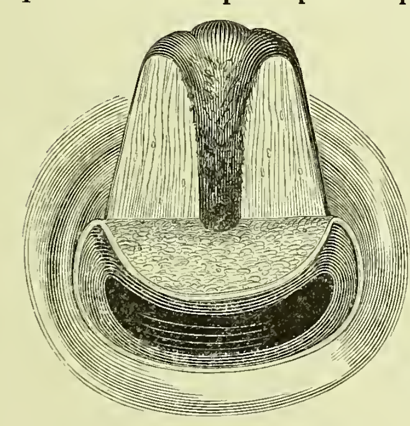
(2) *Gazette hebdomadaire,* 1859, t. VI, p. 8.

(3) Herrgott, *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale.* Paris et Strasbourg, 1864.

Comme on l'a vu plus haut, Jobert n'avait fait que glisser, dans son livre, sur les fistules vésico-utérines, et il s'était borné à citer deux observations d'affections de ce genre. Il compléta cette partie de la pathologie des fistules urinaires en 1852, dans un nouvel ouvrage (1). Il y établit



une division plus complète de cette espèce de fistules, et proposa pour les guérir différentes opérations. Lorsque, dans les fistules qu'il nomme *vésico-utérines* proprement dites, le col de la matrice n'est pas altéré extérieurement, il l'incise transversalement, relève l'espèce de couvercle que forme alors sa lèvre antérieure, met ainsi à nu l'orifice anormal, l'avive et le soumet à la suture comme dans le cas d'une fistule ordinaire. Après cela, il laisse retomber le couvercle soulevé, qui se remet en place par son propre poids et sans suture.



Quand le museau de tanche est altéré, si la fistule est de la catégorie de celles qu'il appelle *superficielles* et si l'ouverture de la vessie est peu considérable, il avive la lèvre antérieure du col et le bord antérieur de la fistule, et réunit ces deux parties entre elles. Mais si l'ouverture vésicale

(1) Jobert de Lamballe, *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales*. Paris, 1852.

occupe la paroi antérieure du col de la matrice, Jobert croit qu'il faut alors faire l'opération en deux séances : dans la première, il avive et réunit la fente située dans la lèvre antérieure du col, et, dans la seconde, fait la même opération sur l'orifice resté au-devant de la partie oblitérée. Dans les cas où il n'y a plus de paroi antérieure du col, il avive la lèvre postérieure de cet organe et la soude au bord antérieur de la fistule, en forçant ainsi les règles à passer par la vessie. Jobert, en proposant cette dernière opération, posait les premières indications de cette série de brillants procédés chirurgicaux au moyen desquels des opérateurs venus après lui, et surtout M. G. Simon, ont régularisé, systématisé et rendu possible et efficace la méthode indirecte de l'occlusion totale ou partielle du conduit vulvo-utérin. Il décrivit encore dans son livre un procédé de décollement de l'urèthre, exécuté au moyen d'une incision demi-circulaire passant entre le canal urinaire et le clitoris. Enfin, quarante et une observations intercalées dans le texte servirent à démontrer cliniquement les vues théoriques exposées dans l'ouvrage.

Au milieu de l'ébranlement produit par les œuvres et par les opérations de Jobert, quelques praticiens, ne se laissant pas dominer par le courant de l'époque, suivirent encore une voie indépendante et continuèrent à se servir des anciennes méthodes, ou proposèrent des traitements nouveaux en dehors des idées du chirurgien de Paris. C'est ainsi qu'en 1849, Debout traitait encore une fistule par la cautérisation et l'application de serres-fines (1), de même que M. Bertet, en 1854 (2); qu'en 1850, M. Desgranges en opérait une au moyen de l'avivement et d'une pince vaginale (3);

---

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, t. LIII, p. 59.
(2) *Id.*, t. LXIII, pp. 370 et 371.
(3) *Id.*, t. LXII, pp. 83 et suivantes.

qu'en 1852, M. Féron en soumettait une autre à l'action d'un pessaire à réservoir d'air (1), comme M. Maruéjouls, en 1857 (2); qu'en 1853, M. Aubinais, de Nantes, s'adressait au tamponnement vaginal et à la sonde à demeure (3); qu'en 1855, M. Nélaton agissait par la galvanocaustie (4); qu'en 1858, M. Chatelain faisait usage d'une pince à griffe et à coulisse (5).

En 1853, M. Torrachi pratiqua, à l'hôpital Sainte-Marie de la Scala, de Sienne, une opération de suture simple à points séparés, dans laquelle il fit avec des pinces appropriées un avivement procédant par petites excisions répétées, puis passa les fils avec l'aiguille de Dechamps, rendue plus aiguë que d'ordinaire. Il plaça une sonde élastique dans la vessie (6).

En 1855, M. Reybard, préoccupé surtout de l'idée d'aviver la fistule sans lui faire perdre de sa substance, proposa de rendre le champ de l'opération apparent au moyen d'un instrument de son invention qu'il nomma *spéculum-forceps*, et de ruginer l'orifice et ses alentours avec des râpes plus ou moins volumineuses, suivant la forme et l'étendue de la solution de continuité. Ces ruginations, applicables surtout aux petites fistules, devaient, dans celles qui offrent un diamètre plus considérable, être aidées de moyens de rapprochement plus ou moins analogues à ceux de Lallemand et de Laugier, et disposés de manière à agir sur des surfaces assez larges (réunion par surface).

---

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, t. LIII, p. 59.

(2) *Id.*, t. LVII, p. 217.

(3) *Journal de la Société de Médecine de la Loire-Inférieure*, 1852-1853.

(4) Thèse de M. Démétropoulos.

(5) *Bulletin général de Thérapeutique*, t. LXIII, p, 563.

(6) *Gazette Médicale*, 1854, 3e Série, t. IX, p. 462.

M. Reybard remplit cette seconde indication au moyen de plusieurs instruments qu'il nomma *griffe-iris, pince à griffe, érigne serre-nœud.* Le principal d'entre eux se compose d'une espèce de sonde, percée, près de son extrémité, d'une ouverture par laquelle doit passer une aiguille qui en sort par l'action d'un ressort de montre logé dans l'intérieur de la canule. L'instrument, introduit par l'urèthre dans la vessie, est dirigé sur la lèvre postérieure de la fistule, que l'on traverse en pressant sur un bouton qui termine le ressort. L'aiguille arrive dans le vagin; on la saisit pour la porter à l'extérieur, et l'on passe par le chas dont elle est percée un fil qu'on retire par la vessie et l'urèthre. Un second lien étant placé de même, on a alors deux bouts sortant par le méat urinaire. On les noue à deux autres fils cirés fixés à une cheville métallique, qu'on fait rentrer ensuite par le canal de l'urèthre dans la vessie. La cheville est alors placée où elle doit rester, c'est-à-dire dans l'intérieur de la poche vésicale, sur la face profonde de la lèvre postérieure de la fistule. Une autre cheville doit rester dans le vagin et être placée sur la lèvre inférieure : elle présente des pointes qu'on enfonce dans l'épaisseur de la paroi vaginale, et des trous dans lesquels on fait passer les fils attachés déjà à la cheville restée dans la vessie, pour les serrer, et obtenir ainsi une suture mettant en contact les surfaces ruginées.

M. Reybard lut, en 1855, un mémoire sur ce sujet à l'Académie de Médecine de Paris. Dans la séance de décembre 1855 de l'Académie de Médecine de Belgique (1), il vint également exposer sa méthode et communiquer en même temps l'observation d'un cas où il

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique,* 1855-1856, 1re Série, t. XV, p. 179.

l'avait employée avec avantage, quoique sans en avoir obtenu un succès complet. Après une discussion qui suivit cette communication, M. Reybard fut engagé à expérimenter sa méthode sous les yeux d'une Commission composée de MM. Graux, Michaux, Hairion, Crocq et Thiry. Il se rendit à Louvain pour se conformer au vœu de l'Académie. Il y fit une opération, mais elle échoua.

Le procédé de M. Reybard fut adopté en Allemagne par quelques praticiens, entre autres par M. Sprengler, d'Augsbourg, qui, dans un cas de fistule pouvant admettre une sonde ordinaire, réussit à obtenir la guérison après une seule rugination (1).

M. Heyfelder, dans un article qu'il inséra dans la *Deutsche Klinik* (2), rendit compte de la manière dont il se comportait dans l'opération de la fistule : il en scarifiait les bords avec un ténotome, puis les réunissait au moyen de serres-fines qu'il déplaçait toutes les six heures, pour ne pas déterminer de gangrène. Ce procédé, que l'auteur avait mis en usage avec succès, ne pouvait cependant être utile, de son propre aveu, que dans les cas où l'orifice est très-petit.

M. Paget pratiqua une opération dans laquelle il forma deux lambeaux, comme l'avaient fait autrefois Gerdy, Dieffenbach et Hayward, et les réunit au moyen de la suture enchevillée (3).

M. Soupart, de Gand, dans une communication qu'il fit à l'Académie de Belgique, dans sa séance du 28 novembre 1857, décrivit un instrument qu'il avait inventé

(1) *Deutsche Klinik,* 1858, t. X, p. 377.
(2) *Id.,*27 octobre 1856, p. 519.
(3) *Gazette Médicale,* 1857, 3e série, t. XII, p. 672, —et *Medical Times and Gazette,* 1857.

et qui devait servir à la fois de sonde évacuatrice, de pinces-chevilles et de soutien des points de suture. Cet instrument, qui a les dimensions d'une grosse sonde de femme, présente à son extrémité vésicale deux ailerons disposés en forme de gouttières, qui, étant juxtaposées, représentent un bout de cathéter un peu renflé. Ces ailerons sont articulés, et peuvent s'écarter ou se rapprocher par un mécanisme particulier. Leur bord libre est percé de trous pour laisser passer les fils qui doivent être engagés dans les lèvres de la fistule. La patiente étant placée sur les coudes et les genoux, l'avivement est fait *exclusivement aux dépens de la muqueuse vaginale,* au moyen de pinces et de ciseaux coudés. Les deux lèvres sont ensuite traversées, à leur partie moyenne et à deux ou trois millimètres de la partie avivée, par les deux chefs d'un fil conduit au moyen de la pince porte-aiguille particulière de M. Soupart, dont l'une des branches plonge dans le vagin, tandis que l'autre, destinée à saisir l'aiguille, se trouve dans le canal de l'urèthre et la vessie. Les deux chefs sont ramenés hors de l'urèthre, passés chacun par le trou d'un aileron de la sonde-pince, et tendus pendant qu'on rapproche les opercules. L'instrument ainsi disposé est introduit dans la vessie et porté vers les bords de la fistule : là les ailerons sont d'abord écartés, puis, pendant qu'on les presse avec force contre la paroi vésico-vaginale, le doigt introduit dans le vagin aide au renversement des lèvres de la fistule, en même temps qu'un aide tire sur les fils et agit sur la vis qui rapproche les ailerons. Ceux-ci saisissent ainsi les lèvres et les appliquent l'une contre l'autre. Les bouts des liens sont fixés dans des ouvertures du pavillon de la sonde, et celle-ci est laissée en place. — M. Soupart, en donnant cette description, fit en même temps l'histoire d'un cas où il avait employé son instrument avec un succès marqué, mais sans avoir

pu éviter cependant la persistance d'un petit pertuis (1).

M. Mintura imagina de se servir d'épingles dont la tête était munie d'une petite plaque de liége. Après que les deux lèvres de la plaie avaient été traversées l'une après l'autre par ces petits instruments, il enfilait par leurs pointes d'autres petites plaques de liége, et faisait la réunion avec des serres-fines dans lesquelles il engageait les extrémités des épingles. Une sonde était placée à demeure (2).

M. Riboli, de Turin, présenta à l'Académie des Sciences de Paris (3) un instrument destiné à agir de l'intérieur de la vessie vers le vagin, à l'effet de porter en bas la région de la fistule et de donner un point d'appui solide, soit pour pratiquer l'avivement, soit pour faire les sutures. Cet instrument se compose d'une sonde fenêtrée bilatéralement à son extrémité vésicale, pour laisser passer deux lames brisées mues par un mandrin, lesquelles, étant sorties de leurs fenêtres et déployées dans la vessie, forment un losange qui sert de moyen d'abaissement et de mise à jour de la paroi vésico-vaginale.

En Irlande, M. Collis proposa et appliqua un procédé qui avait déjà été indiqué, en 1839, par Hayward, de Boston, mais qui avait ensuite été abandonné par lui (4). Ce procédé consiste à diviser en deux tout le bord de la fistule dans une étendue de trois à quatre lignes au plus, et de dédoubler par la dissection les lèvres qui en résultent, pour en affronter l'une et l'autre moitié par leur face saignante à

---

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1857-1858, 2e série, t. I, p. 112.

(2) *Medical Times and Gazette*, 1858.

(3) Séance du 26 septembre 1859, — et *Gazette hebdomadaire*, 1859, t. VI, p. 630.

(4) *Dublin quarterly Journal of medical Sciences*, 1857, t. XXIII, p. 123.

celle du côté opposé, et en réunir les portions vaginales au moyen de points de suture. En se comportant de cette manière, dit M. Collis, on double les chances de guérison, l'observation lui ayant appris que les deux lèvres vésicales s'unissent plus souvent que les lèvres vaginales. En 1857, sur six opérations pratiquées par ce procédé, il avait eu deux guérisons, deux demi-succès et deux insuccès. Dans un second travail qu'il publia en 1861 (1), il résuma ainsi les nouveaux résultats qu'il avait obtenus : sur dix cas, cinq guérisons, quatre demi-succès et un échec. — Un autre chirurgien irlandais, M. Henley Thorp, de Letterkenny, suivit son exemple, avec cette modification toutefois que, vu l'utilité de la réunion des lambeaux vésicaux, il les embrassait dans la suture (2).

Ici se clôture ce que j'appellerai l'histoire ancienne des fistules uro-génitales, et commence ce qu'on peut nommer la grande époque, l'époque du triomphe définitif de l'art sur la maladie. Avant d'aborder cette période moderne, il ne sera peut-être pas inutile de jeter un rapide coup d'œil rétrospectif sur le chemin que j'ai fait parcourir jusqu'ici au lecteur.

L'antiquité avait été presque muette sur les fistules uro-génitales. Van Roonhuyse avait jeté les premiers jalons pour le traitement de ces maladies, mais son appel n'avait pas été entendu, et il avait été suivi d'un long silence, qui n'avait été rompu que par les faibles et timides voix de Vœlter, de Wepfer et de Fatio. La chirurgie errait à l'aventure et se débattait dans le vide, quand parurent successivement Desault, Dupuytren, Lallemand, Delpech, Laugier, qui galvanisèrent un moment le domaine chirurgical et sem-

(1) *Dublin quarterly Journal of medical Sciences,* 1861, p. 302.
(2) *Id.,* 1859, p. 91.

blèrent faire sortir les praticiens de leur léthargie. En Allemagne, un mouvement particulier provoqué par Nägele, Schreger, et suivi en Alsace par Ehrmann, Deyber, se produisit également dans le sens de cette espèce de résurrection. Après cette activité momentanée survint une espèce de période d'indifférence ou d'éclectisme pendant laquelle on vit paraître les procédés de Malagodi, Dugès, Roux, Colombat, Gerdy, Fabbri, Baroni, Rizzoli, Leroy-d'Étiolles, Horner, Dieffenbach, Wützer, Chélius, Kilian, Metzler, etc., etc., et une tendance à la recherche de découvertes nouvelles, accusée par les procédés de Vidal, Velpeau, Lenoir, Bérard, Leroy-d'Étiolles et Jobert de Lamballe. Mais l'incertitude, le doute, la défiance, reprirent de nouveau le dessus après les succès rares ou équivoques, les revers réels, les catastrophes bruyantes dont ces tentatives avaient été accompagnées.

Ce qui, en France du moins, contribua le plus à maintenir l'incrédulité et l'hésitation, c'est la vivacité et la ténacité avec laquelle la critique poursuivit pendant longtemps les innovateurs. On a pu voir comment Jeanselme, Michon, Bérard, Vidal de Cassis, Jobert de Lamballe lui-même, avaient contrôlé, analysé, déprécié les faits et les assertions des maîtres qui s'étaient occupés de nouvelles méthodes de traitement, et comment ils s'y étaient pris pour les dépouiller de tout prestige et n'en laisser debout que des lambeaux sans forme et sans valeur. Cette espèce de microscopie dissolvante finit naturellement par porter ses fruits, et bientôt on lui vit réduire à des proportions presque imperceptibles des progrès qui, pour un instant, avaient le plus excité l'illusion et l'admiration du public.

Ce qu'il y a de particulier dans la critique de ces chirurgiens, c'est qu'ils avaient bien voulu admettre quelques réussites, mais seulement pour des cas où la fistule sié-

geait à l'urèthre ou au col vésical, et qu'ils avaient refusé obstinément toute possibilité de guérison à celles du bas-fond de la vessie : c'est-à-dire qu'ils avaient accepté le succès pour des affections qui n'exigent point l'intervention de la chirurgie et pour lesquelles on ne demande généralement point ses secours, ainsi que pour des fistules que l'on doit considérer, selon moi, comme étant les plus rebelles et les plus récalcitrantes; tandis qu'ils le déniaient aux perforations qui me paraissent les plus bénignes et les plus faciles à guérir. Cette singularité dépendrait-elle de ce que les auteurs du temps rapportaient surtout leurs jugements aux instruments de Lallemand, de Dupuytren et de Laugier, qui effectivement sont plus applicables aux régions voisines du col vésical qu'à celles qui sont situées plus profondément? Ou bien, ignorant les moyens de mettre facilement à découvert les parties les plus élevées du conduit vulvo-utérin, croyaient-ils que les opérations exécutées dans ces régions ne pouvaient être faites qu'en aveugle et pour ainsi dire au hasard, tandis qu'il était moins impossible d'arriver aux surfaces siégeant immédiatement derrière l'orifice vulvaire? C'est une question que je ne déciderai point; mais j'ai été frappé de l'unanimité des critiques à cet égard.

Il est un autre point qui donne un caractère particulier à la discussion dont il s'agit et qui m'a également paru digne de remarque : c'est l'ensemble et l'assurance avec lesquels ceux qui l'ont soutenue révoquent en doute les succès des opérateurs dont ils examinent les actes et les écrits. En même temps qu'il y a là une nouvelle preuve du peu de foi qu'il y avait à cette époque dans la curabilité des fistules, il en ressort encore un enseignement bien peu édifiant sur les égarements auxquels peut conduire la recherche trop avide d'une renommée précoce et exagérée. Quelles réflexions ne doit-on pas faire en voyant des hommes dont la posi-

tion élevée devait naturellement inspirer le respect et la confiance, prêter le flanc à la critique au point de lui permettre de nier la réalité de leurs assertions publiquement exprimées? N'est-il pas pénible de voir des médecins contester, et cela avec toutes les apparences de la bonne foi, des guérisons que d'autres ont annoncées de la manière la plus formelle? Il ne faut pas, je l'admets, envisager ces sortes de choses avec une naïveté par trop primitive, ni affecter un rigorisme excessif pour des entraînements et des illusions qui peuvent avoir eu leur excuse dans l'attachement paternel des innovateurs pour leur œuvre. Mais il faut convenir cependant que c'est une grave accusation que celle qui consiste à dire qu'on a introduit dans la science une espèce de fausse monnaie, dont les générations futures pourront se servir pour se tromper et tromper involontairement les autres. Que de déductions fausses, en effet, que de conséquences erronées, que d'erreurs, que d'entreprises téméraires et même meurtrières peuvent découler de faits cliniques qui n'ont point été exposés tels que la nature les a réellement fait naître!

Sous l'influence de toutes ces luttes, de toutes ces contradictions, de tous ces efforts en sens inverse, on en était donc venu, à l'époque où est arrivée cette revue historique, à ne presque plus croire à rien, et à penser que décidément le mal contre lequel on avait à lutter était trop tenace pour qu'on pût espérer de le vaincre. De toutes parts surgissaient des manifestations dans ce sens, et les esprits les meilleurs, les plus sages, les plus éclairés, les plus impartiaux, n'étaient pas les derniers à exprimer leur incrédulité. On sait combien Velpeau se montrait difficile quand il s'agissait d'admettre un cas de guérison de fistule vaginale : beaucoup de praticiens non moins recommandables que lui se trouvaient dans les mêmes

dispositions d'esprit. On entendait parler de temps en temps de quelque nouveau succès; on y restait presque indifférent, tant on craignait d'être trompé. Jobert de Lamballe faisait bien encore quelques cures remarquables; mais ceux qui employaient sa méthode échouaient presque tous et toujours (1). Il était donc évident qu'une opération qui ne pouvait, pour ainsi dire, réussir que dans les mains d'un seul homme, n'était pas faite pour passer dans le domaine général de la pratique. En un mot, tout le monde sentait que la chirurgie était loin d'avoir dit son dernier mot à ce sujet.

C'est sur ces entrefaites que l'on vit poindre en Amérique les premiers prodromes de la rénovation qui allait se produire dans la thérapeutique des fistules, sous les auspices de MM. Sims et Bozeman.

Depuis longtemps déjà on s'était préoccupé, au delà de l'Océan, des perfectionnements à apporter à la suture vaginale. Ainsi, dès 1830, J.-P. Mettauer, de Virginie (2), avait opéré une fistule assez grande et circulaire au moyen de fils de plomb. Après avoir avivé les bords, il les avait réunis au moyen de huit fils de ce métal, qu'il avait tordus et excisés vers la vulve. Une sonde d'argent, courte et légère, avait été placée à demeure dans la vessie. Au troisième et au septième jour, les fils avaient été serrés davantage, et le dixième on les avait enlevés. La guérison avait été complète, et la femme s'était depuis accouchée deux fois sans que la cicatrice en eût souffert. Dans un second cas, Mettauer avait opéré huit fois sans obtenir d'autre résultat qu'une diminution de la fistule. Dans deux autres, il s'était servi de fils de soie, mais avec moins d'avantages

---

(1) Churchill, ouvrage cité, 1866, p. 899.

(2) *The American Journal of the medical Sciences*, 1847.

que ceux qu'il avait retirés des fils métalliques. En somme, Mettauer avait conclu de ses observations « qu'il était « persuadé que tout cas de fistule vésico-vaginale pouvait « être guéri. »

Les opérations de Mettauer n'ayant été publiées qu'en 1847, il y a lieu de se demander si, au point de vue de l'histoire, on peut accepter une date qui n'a pas été fixée au moment même où elle s'est produite. On conçoit que pour bien des raisons cela est impossible; par conséquent la communication tardive de Mettauer ne peut être considérée que comme une simple note n'établissant aucun titre bien positif.

Il faut ici mentionner, quoique n'appartenant pas à l'Amérique, mais comme ayant beaucoup de rapports avec le procédé de Mettauer, une opération de Gosset, de Londres, qui, en 1834 (1), avait placé sa malade sur les coudes et les genoux, avivé la fistule, qui se trouvait au-dessous du col de la vessie, et fait usage d'aiguilles très-fines pour passer des fils *assez fins* et *d'argent doré*. Ces liens avaient été enlevés successivement le neuvième, le douzième et le vingtième jour. La malade avait été tenue au lit, couchée sur le ventre, et on lui avait introduit une sonde de gomme élastique dans la vessie. — L'usage du fil doré fut étendu par Gosset à un grand nombre d'opérations, et il en indiqua les avantages à peu près dans les termes dont on s'est servi depuis pour faire ressortir ceux du fil d'argent.

G. Hayward, de Boston, ayant lu les articles de Dieffenbach sur la manière dont ce praticien traitait les fistules vésico-vaginales, résolut d'apporter quelques modifications aux procédés du chirurgien prussien, et, en 1839,

---

(1) *The Lancet*, 29 novembre 1834, vol. I, p. 346.

pratiqua une première opération d'après cette idée. Ayant placé la malade comme pour l'opération de la taille, il introduisit dans la vessie une grosse bougie de baleine bien polie, dont l'extrémité lui servit à déprimer fortement la fistule de manière à la rendre bien apparente vers la vulve. Il excisa ensuite, à environ une ligne de sa circonférence, un liseré du bord de l'orifice, puis détacha par dissection la paroi vaginale dans l'étendue de trois lignes environ, à l'effet d'obtenir une large surface pour l'affrontement, en même temps qu'il évitait à coup sûr le passage des fils dans la vessie. Une première aiguille fut engagée à un tiers de pouce de la plaie, perfora la paroi vaginale et le tissu cellulaire sous-jacent d'une des lèvres, puis fut poussée de la même manière à travers celle du côté opposé. Elle fut laissée en place jusqu'à ce que deux autres eussent été introduites de la même manière. Alors on les retira toutes trois avec leurs fils, qu'on noua fortement et dont on coupa les extrémités à trois pouces environ des nœuds. Une courte sonde fut placée dans la vessie, la femme couchée sur le côté droit, et le régime consista dans l'administration d'arrow-root, de lait et d'eau gommée. Aucun accident ne survint après l'opération. Pendant cinq jours, le cathéter fut enlevé et nettoyé tous les jours; ce laps de temps écoulé, on examina le vagin au spéculum, et comme la plaie se trouva guérie et les fils en bon état, on enleva ceux-ci et l'on réappliqua encore pour deux jours une plus petite sonde; après la suppression du cathéter, l'on recommanda à la malade de se sonder toutes les trois heures; deux jours plus tard, le cathétérisme fut pratiqué à des intervalles plus éloignés. Dix-sept jours après l'opération, la plaie était parfaitement cicatrisée et la guérison consolidée (1).

(1) *American Journal of medical Sciences*, 1839.

En 1840, Hayward pratiqua une nouvelle opération pour un cas grave. En deux années, il opéra six fois sa patiente, mais il paraît qu'il ne parvint à obtenir qu'une grande amélioration. Plus tard, dans la même année, une autre opération, tentée chez une femme de vingt-deux ans, échoua également. Dans ce cas, la cicatrisation avait d'abord paru parfaite, et, en conséquence, on avait ôté les points de suture; mais le lendemain l'ouverture s'était reproduite. Hayward pensa que cet accident avait peut-être été causé par la nécessité où il s'était trouvé, lors de l'extraction des fils, d'abaisser fortement la région opérée pour l'amener au dehors et la mettre en vue. Il fut confirmé dans cette idée par un accident du même genre qui lui arriva chez une autre opérée : ici aussi l'adhésion paraissait solide et tout semblait marcher régulièrement vers la guérison, lorsque, en attirant un peu la paroi vésico-vaginale pour couper un fil, la soudure se rompit et la fistule reparut aussi large qu'auparavant. Il résolut donc de laisser dorénavant les points de suture jusqu'à ce qu'ils se détachassent d'eux-mêmes, et il substitua aux fils de plomb des fils de soie formés d'un seul brin et connus sous le nom de *soie de dentiste*.

En 1843, il exécuta pour la première fois cette résolution. Dans un premier cas, où la fistule avait un demi-pouce et était située à un pouce et demi du méat urinaire, deux points de suture furent appliqués. Les fils n'étaient pas encore tombés au bout de treize jours. Un mois après l'opération, la fistule était entièrement guérie; mais, trois mois plus tard, à la suite de vives douleurs, l'urine recommença à couler par le vagin : à l'examen de la femme, l'on trouva le pourtour fistuleux couvert de granulations fongueuses, au milieu desquelles existait une perforation assez grande pour admettre une sonde. Quatre nouvelles opérations furent faites par Hayward en quatre mois, mais il ne put

parvenir à boucher complétement la fistule. Toutefois l'opérée recouvra la faculté de retenir ses urines et de les expulser à volonté, et elle eut depuis un enfant sain et bien portant.

Deux ans après, Hayward opéra une autre fistule transversale, étroite, située à deux pouces de hauteur dans le vagin. Les deux points de suture qui furent placés tombèrent le septième jour, et il y eut insuccès. Chez une autre malade, une première opération ayant échoué, le chirurgien de Boston en pratiqua une seconde, à la suite de laquelle il y eut encore une amélioration notable, mais pas de guérison complète. Dans un troisième cas, en 1847, Hayward éthérisa la femme, pratiqua l'avivement *de telle façon que les surfaces saignantes étaient obliques de dehors en dedans*, et passa deux points de suture sans intéresser la tunique interne de la vessie. Les fils se détachèrent le vingt-septième jour. Les urines ayant reparu dans le vagin, l'opérateur recommença la manœuvre d'après les mêmes principes, un mois après l'exécution de la première, et cette fois la réussite fut complète. Enfin, en 1849, une opération du même genre, faite encore au moyen de deux fils, fut aussi suivie d'une guérison radicale (1).

Une tentative, que je nommerai excentrique, dans la bonne acception du mot, et qu'on pourrait appeler *réunion par schindylèse*, fut faite par Pancoast (2) à Philadelphie. Le vagin ayant été dilaté avec le spéculum de Charrière, dont la valve mobile avait été enlevée, en même temps qu'un aide relevait le vestibule vers le pubis, l'opérateur fendit la lèvre postérieure de la fistule dans l'étendue d'un

(1) *Boston medical and surgical Journal*, avril 1851.
(2) *American Journal*, 1842.

demi-pouce, puis aviva la lèvre antérieure en forme de coin, en ayant soin de lui donner une épaisseur convenable et de faire l'abrasion des muqueuses vésicale et vaginale qui la recouvraient. Après cela, il engagea ce triangle complétement rafraîchi dans la rainure ou mortaise pratiquée à la lèvre postérieure, et l'y maintint par une suture particulière. Il plaça une sonde élastique dans le réservoir urinaire et une vessie d'eau froide sur la vulve pendant trente-six heures. Le troisième jour, il injecta fréquemment dans le vagin une solution de sulfate de zinc pour augmenter le ton des tissus. Le quatrième, il passa sur la ligne de réunion un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent dont il augmenta graduellement la concentration. Cet agent chimique fut encore employé pour terminer la cicatrisation des parties qui avaient échappé à la réunion par première intention. — Pancoast réussit deux fois par ce procédé : une fois dans le cas d'une fistule de l'urèthre et une autre dans celui d'une ouverture du bas-fond de la vessie.

M. Marion Sims, qui commença ses premières expériences en 1845 et qui les publia en 1852 (1), doit être considéré, sinon comme le seul et le premier, au moins comme le principal et le plus considérable des représentants de la méthode américaine. C'est lui qui a le mieux réussi à lui donner un corps et à l'asseoir sur des bases tellement solides que le doute et la critique n'ont plus été capables de l'ébranler. Sa ténacité dans la recherche, son infatigable persévérance, son courage à supporter ses premiers et nombreux échecs, son ardeur à recommencer sans trêve ni merci un travail toujours infructueux, jusqu'à

---

(1) *On the Treatment of vesico-vaginal fistula* (*American Journal*, 1852).

ce qu'enfin il ait pu dire, comme le philosophe : *Eureka !* tout cela lui donne le droit de considérer un peu la nouvelle méthode comme son œuvre et de la défendre comme son enfant. A force de se pénétrer de l'importance du but qu'il poursuivait et de se nourrir toujours des mêmes idées, M. Sims fit de la question de la thérapeutique des fistules plus qu'un sujet d'activité fiévreuse, plus qu'une affaire de passion : il en fit un apostolat. Et l'on conçoit comment, sous l'empire de cette surexcitation, il se soit un peu éloigné du langage scientifique ordinaire et qu'il ait employé des termes un peu emphatiques lorsqu'il a voulu annoncer au public la *bonne nouvelle.* On l'a beaucoup raillé de ce que, parlant de sa suture métallique, il ait pu dire qu'elle constituait la grande découverte du XIXe siècle. Mais quelques égards ne sont-ils pas dus à la parole, un peu exaltée il est vrai, d'un homme qui a passé une partie de sa vie à chercher la solution d'un problème considérable, qui a voué à cette cause sacrée, non-seulement son temps et ses veilles, mais encore sa fortune, et qui, en définitive, a fini par rayer une maladie affreuse de la liste des affections incurables, et par enrichir la thérapeutique chirurgicale d'une conquête d'autant plus précieuse qu'elle avait été plus longtemps désirée et inutilement poursuivie?

Il faut lire l'histoire que fait M. Sims lui-même de ses premiers essais pour comprendre par quels mécomptes et par quelles déceptions il a passé avant d'arriver à son but (1). L'idée de se livrer au traitement des fistules lui vint en 1845, en visitant une dame qui était affectée d'une rétroversion utérine. Jusqu'alors, il avait toujours été

---

(1) MARION SIMS, *Silver sutures in Surgery* (*The anniversary discourse before the New-York Academy of medicine*, 1858).

rebuté par la difficulté de mettre à découvert la paroi vésico-vaginale, et il considérait ces affections comme incurables. Ayant fait placer la dame en question sur les genoux et les coudes, il fut frappé de ce fait que, dans cette attitude, le vagin se dilatait spontanément, d'une part, sous l'influence de la pression atmosphérique, et de l'autre, sous celle de l'abaissement de la matrice vers la cavité abdominale. Surpris et charmé de cette observation, il examina à l'instant même une autre femme qui portait une fistule vésico-vaginale, et, à sa grande satisfaction, constata chez elle le même phénomène : la région de la fistule était parfaitement en vue, et il était évident qu'il était facile de l'aborder.

M. Sims édifia là-dessus un nouveau système de traitement. Il n'avait, dit-il, absolument rien lu dans les auteurs qui pût l'éclairer sur cette matière. Il résolut donc de chercher par lui-même, et, après avoir mis à contribution les mécaniciens qu'il put trouver sous la main, il fit confectionner un appareil assez grossier, au moyen duquel il tenta sa première opération. C'était le 10 janvier 1846.

La fistule qu'il s'agissait d'opérer semblait présenter toutes les conditions de réussite. Elle était située à la base de la vessie, large d'un pouce et un quart, et environnée de tissus parfaitement disposés pour la réunion. Celle-ci fut faite très-exactement au moyen d'une espèce de suture enchevillée assez compliquée. Mais la fistule, considérablement réduite, à la vérité, ne fut pas guérie. Il opéra une autre femme, encore sans résultat. Il recommença ses essais sur plusieurs autres malades, variant incessamment ses procédés, et revenant à la charge un grand nombre de fois pour les mêmes cas. Vains efforts, tentatives inutiles! Pendant trois ans d'expériences continuelles, aucune victoire n'était venue le dédommager de ses peines : toutes

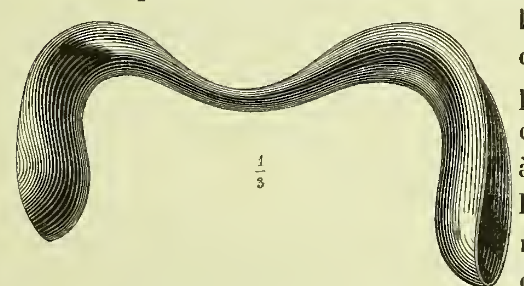
ses opérations échouaient! Il allait peut-être finir, de guerre lasse, par abandonner toutes ses espérances et renoncer à la lutte, malgré les encouragements de ses malheureuses opérées qui le poussaient à persévérer, quand il imagina de changer son appareil, qui pouvait être pour quelque chose, pensait-il, dans ses revers. S'étant rappelé qu'on rendait les lignes à pêcher plus lourdes en attachant au fil des grains de plomb fendus qu'on aplatissait avec les dents, il crut qu'on pourrait se servir de ce moyen pour fixer les liens de la suture. Mais les applications qu'il fit de cette nouvelle combinaison manquèrent leur but comme toutes les autres. Il diminua le volume des chevilles qu'il avait employées jusqu'alors, puis les remplaça par des traverses de plomb, et modifia aussi le cathéter; mais rien n'y fit, l'insuccès l'atteignait partout, quelque voie qu'il suivît. Il résolut alors de remplacer les fils de soie par des fils de plomb, à l'instar de Mettauer, de Dieffenbach et de Levert. Cette innovation eut encore le sort de toutes les autres. Enfin, après avoir pensé successivement aux fils d'or et à ceux de platine, il s'arrêta au fil d'argent, auquel il fit donner le volume d'un fil ordinaire, et le mit en usage, le 21 juin 1849, sur une jeune négresse qui avait déjà été opérée *trente* fois par les procédés précédents et que tous les revers de M. Sims n'avaient pas rebutée. Celui-ci employa, concurremment avec les fils d'argent, les chevilles et les petits grains perforés. Chose surprenante! tandis que, dans les opérations précédentes, l'urèthre devenait rouge et douloureux et l'urine chargée d'un mucus épais, ce liquide, cette fois, resta parfaitement limpide, signe évident que la suture ne déterminait aucune inflammation dans les voies urinaires. Le huitième jour, la plaie était parfaitement fermée, et M. Sims avait obtenu son premier succès. La solution du problème si ardemment recherchée était résolue, et peu de temps après, toutes les

femmes qui avaient auparavant recouru inutilement aux soins du chirurgien américain étaient guéries par l'application du nouveau procédé!

M. Sims publia, en 1852 (1), une description du traitement qu'il avait suivi jusqu'alors et qui consistait, comme on vient de le constater, en un mode particulier d'exploration du vagin, en une suture pratiquée au moyen de fils métalliques, de chevilles et de grains de plomb perforés, et en un cathéter d'une forme particulière (*self retaining catheter*). L'examen du vagin favorisé par la position, l'était encore par un spéculum à une gouttière de deux pouces de longueur et d'un pouce de largeur, supportée par un manche plus rétréci, de quatre pouces, qui se continuait avec elle à angle droit et qui était lui-même terminé par un crochet. Mais le chirurgien américain ne tarda pas à reconnaître les inconvénients de quelques-uns des moyens compris dans ce traitement, et y introduisit successivement des réformes qui aboutirent à l'opération dont je vais donner la description.

Les instruments nécessaires pour la pratiquer sont :

1° Un spéculum-levier, formé de deux gouttières métalliques de grandeur différente, réunies par une gorge incurvée, plus larges à leur extrémité libre, qui est arrondie en bec de cuiller, qu'à leur extrémité voisine de la gorge, légèrement courbes dans le



(1) *American Journal of the medical Sciences*, 1852, p. 59.

sens de leur longueur sur leur face convexe, pour pouvoir s'accommoder à la forme du sacrum;

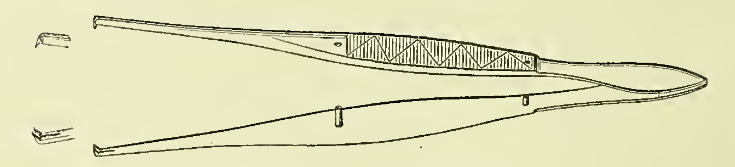
2° Un crochet mousse à petite courbure;



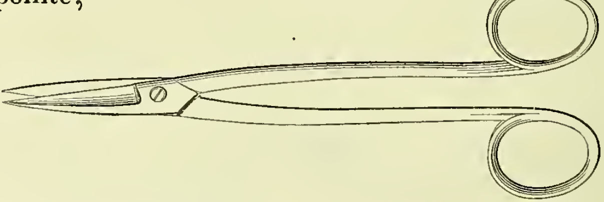
3° Un ténaculum à pointe très-effilée et à petite courbure;



4° Une pince à dents de souris;



5° Des ciseaux droits à pointe très-effilée, et dont les branches sont articulées à un pouce et demi environ de leur pointe;

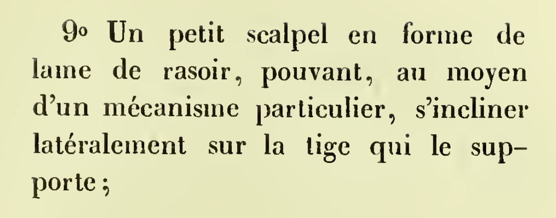


6° Des ciseaux légèrement courbes sur leur plat, présentant les mêmes conditions;



7° Un scalpel droit à lame de ténotome;

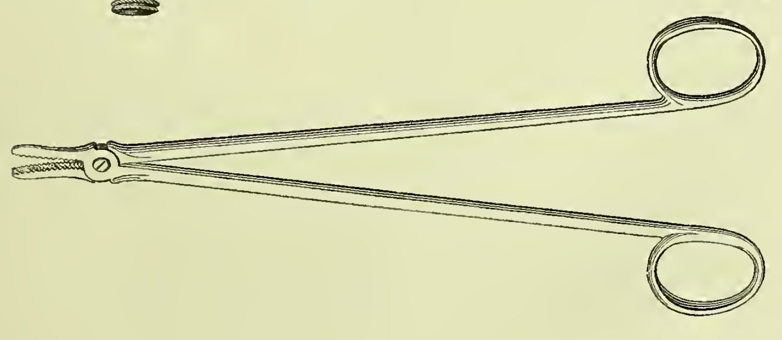
8° Deux autres scalpels de même forme, mais courbés sur leur plat, l'un à droite, l'autre à gauche;



9° Un petit scalpel en forme de lame de rasoir, pouvant, au moyen d'un mécanisme particulier, s'incliner latéralement sur la tige qui le supporte;

10° Des aiguilles d'un peu plus de deux centimètres de longueur, arrondies et droites dans leur corps, légèrement élargies et recourbées vers leur pointe, qui est plate en arrière et présente en avant une petite crête mousse. Ces aiguilles offrent à leur talon un chas, allongé dans le sens de l'aiguille, et percé perpendiculairement aux deux faces de l'instrument. A ce chas font suite, dans la direction du talon, deux rainures, l'une antérieure, l'autre postérieure, destinées à recevoir le fil;

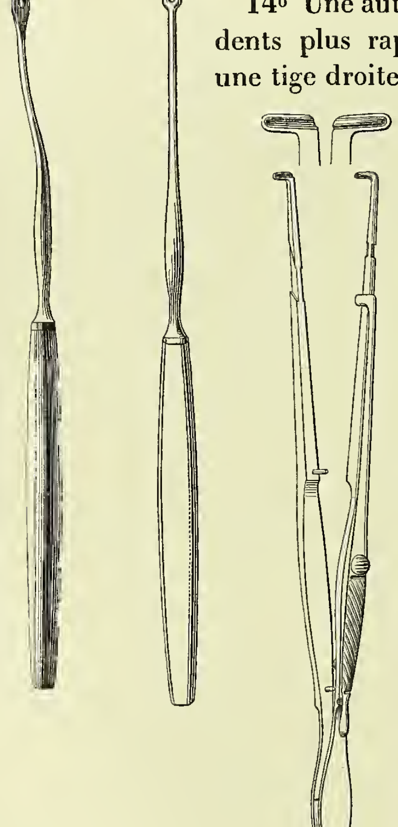
11° Un porte-aiguille à anneaux, à mors allongés, striés sur leur face interne et articulés très-près de leur extrémité;



12° Du fil d'argent vierge recuit, de la grosseur du fil fin ordinaire nos 28 et 29 de la tréfilerie américaine;



13° Un instrument nommé *fulcrum*, ou support, formé par une espèce de plaque ressemblant à celle des sondes cannelées ordinaires, et terminant une tige légèrement recourbée;

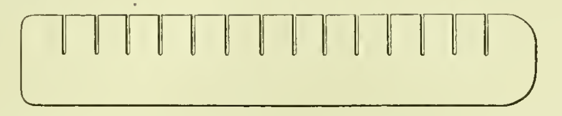


14° Une autre petite fourche mousse à dents plus rapprochées, faisant suite à une tige droite;

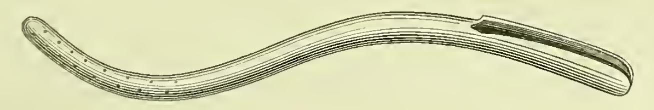
15° Une pince à torsion à mors disposés en baguettes courtes, tombant à angle droit sur un côté de l'extrémité de leur tige, creusés d'une canelure sur leurs faces qui se regardent, et susceptibles d'être rapprochés et fixés par un coulant;

16° Une planchette en parallélogramme allongé, de bois léger, munie sur l'un de ses bords d'entailles perpendicu-

laires propres à loger et à retenir les fils dans l'ordre de leur introduction;



17° Une sonde d'étain, légèrement courbée en S, percée de petits trous à son extrémité vésicale, et évasée en gouttière à son autre extrémité;



18° Des pinces porte-éponges à coulant (1).



Les manches de tous ces instruments doivent être très-longs; il convient qu'ils soient blancs, de manière à bien réfléchir la lumière. Pour la même raison, les tiges et les surfaces doivent être bien polies et bien reluisantes, surtout la concavité du spéculum.

La malade est préparée à l'opération par quelques bains tièdes et des injections répétées à l'eau de guimauve. Il est bon, si on le peut, d'attendre pour agir que les règles aient cessé. Un purgatif salin est prescrit deux jours avant l'opération, et, au moment d'y procéder, un lavement émollient est administré (2).

On place la patiente dans une chambre convenablement

(1) *Thèse pour le doctorat en médecine*, par A.-G. Nafilyan. Paris, 1862. — Monteros, *Thèse, ib.* Paris, 1864. — Deroubaix, *Considérations sur l'opération de la fistule vésico-vaginale*, in *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1862, t. V, n° 1.

(2) Monteros, Deroubaix, *loc. cit.*

chauffée, en face d'une fenêtre bien éclairée, sur une table longue garnie d'une simple couverture et d'un drap, sans coussins ni oreillers. Au besoin, on peut projeter sur la région à opérer un rayon de soleil, au moyen d'un miroir réflecteur (1). La femme est couchée sur le côté gauche, dans une direction diagonale telle que le bassin est appliqué près du bord de la table et un peu à gauche de l'opérateur, tandis que la tête est portée à droite; la face antérieure de la poitrine est tournée vers la table, la colonne vertébrale étendue, ainsi que la tête, qui repose sur la tempe gauche; le bras gauche est rejeté derrière le dos; les cuisses sont fortement fléchies, ainsi que les jambes, la droite étant un peu plus relevée que l'autre. Dans cette position, on peut administrer le chloroforme, mais il vaut mieux s'en abstenir.

Le spéculum, dont les dimensions doivent varier suivant l'âge de la malade, la largeur et la longueur du vagin, est alors introduit. Pour en faciliter l'usage, l'instrument est d'abord trempé dans de l'eau tiède et graissé, sur sa face convexe seulement, avec un peu de cérat ou un autre corps gras quelconque. Un aide, placé à gauche, écarte les grandes lèvres, et la gouttière est alors présentée à l'ouverture vulvaire, sa concavité tournée d'abord en bas, puis, au fur et à mesure qu'elle pénètre, vers le pubis. L'aide saisit à pleine main, avec celle de droite, la gorge de l'instrument, et l'attire en arrière vers le rectum, en agissant principalement sur le périnée et en évitant d'en appuyer trop fortement le bec sur la paroi recto-vaginale. Le chirurgien est seul juge des changements qui doivent être apportés à la direction du spéculum, et l'aide se borne à le maintenir invariablement dans la position où il a été placé.

---

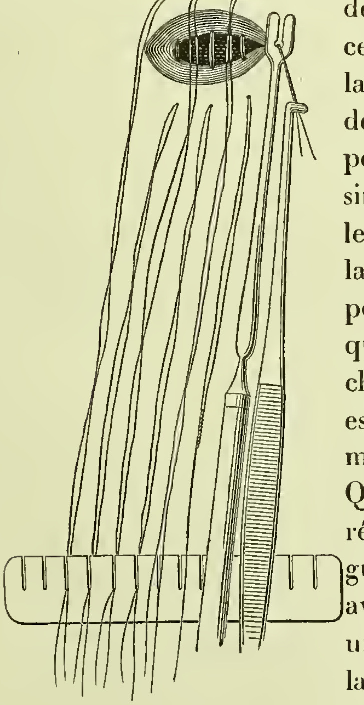
(1) Monteros, ouvrage cité.

Lorsque tout est ainsi préparé, on procède à l'avivement. Pour cela, si la fistule est longitudinale, on fait, avec le scalpel droit, vers l'angle antérieur, une petite incision antéro-postérieure d'une étendue de dix à douze millimètres, qui ne doit intéresser que la substance vaginale. Puis, soit avec la pince à dents de souris, ce qui est rare, soit, ce qui est le plus ordinaire, avec le ténaculum, on soulève une des lèvres de l'incision, et avec les ciseaux courbes, dont la convexité est tournée du côté de la base du pli, on excise une première portion de tissu sans détacher le lambeau; on reprend ensuite celui-ci un peu plus loin avec le ténaculum, on en résèque une nouvelle portion, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'angle postérieur. A cet endroit, il est enlevé complétement. On procède de la même façon, toujours d'avant en arrière, sur l'autre lèvre, pour aller à la rencontre de l'extrémité postérieure de la surface déjà avivée, puis, quand on y est parvenu, le second lambeau est emporté comme le premier. Si la fistule est transversale, l'opérateur saisit avec le crochet le milieu de son bord antérieur, pour y pratiquer une solution de continuité, soit en y faisant une petite incision avec le scalpel, comme dans les fistules longitudinales, soit en piquant la base du pli avec les pointes, légèrement écartées, des ciseaux, afin de le diviser par le rapprochement des lames. Il accroche ensuite successivement le bord sur les deux côtés de cette incision, et, au moyen des ciseaux ou du scalpel, le détache par de petits coups successifs jusqu'aux angles de l'ouverture. Pour la lèvre postérieure, il commence à partir de l'angle gauche. Après avoir soulevé cette partie, il engage sous elle les pointes des ciseaux, la convexité tournée vers la base du pli; en tenant toujours le bord tendu, il résèque, par petites saccades répétées, et en empiétant toujours vers la droite, la lanière qu'il faut emporter, jusqu'à l'angle opposé à celui qui a constitué le point de départ. Le bord obtenu

est presque inévitablement déchiqueté, denticulé, et il convient de le régulariser, ainsi que l'autre, par de nouvelles retouches. L'avivement, terminé de cette manière dans la plus grande partie du pourtour fistuleux, doit être un peu prolongé aux angles, endroit où il faut surtout veiller à ce que la réunion soit exacte. — Le scalpel en lame de rasoir n'est guère utilisé que pour les excisions du col utérin. L'avivement, règle générale, doit se faire sur une large surface d'un centimètre à douze millimètres, et doit aller aussi profondément que possible sans intéresser la vessie. Il faut qu'il représente un biseau ou plan incliné, se dirigeant de la grande circonférence de la plaie vers le bord de la fistule, qui doit rester intact, sous la forme d'un petit liseré blanchâtre indiquant le point de jonction des deux muqueuses. Il est bon que le pourtour extérieur de ce biseau soit parfaitement concentrique à l'orifice anormal. Sa largeur ne doit pas être proportionnée à l'étendue des fistules : il en faut un aussi grand pour les petites que pour les grandes. Il doit être lisse; par conséquent, il aura fallu, en le pratiquant, réséquer les inégalités, saillies, nodosités, qu'on aura pu rencontrer sur le passage de l'instrument. Du reste, il est indifférent pour la réunion que l'avivement soit fait de manière à ce que la plaie soit dirigée dans tel ou tel sens. Pendant toute la durée de son exécution, on aura eu soin d'éponger les parties, au fur et à mesure de l'écoulement du sang. Après son achèvement, quelques injections d'eau froide pourront faire cesser l'hémorrhagie, s'il y en a.

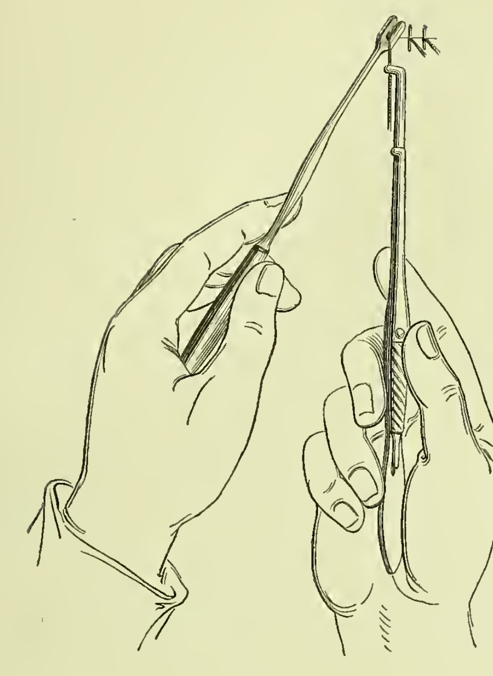
Ce premier temps de l'opération mené à bonne fin, on s'occupe du placement des fils. A cet effet, un aide enfile un certain nombre d'aiguilles d'un double fil de soie, assez fin, mais solide, et terminé par une anse. Dans les fistules longitudinales, on commence l'introduction des aiguilles

par la lèvre droite de l'angle antérieur de la plaie; dans les fistules transversales, par la lèvre antérieure de l'angle gauche. Après avoir saisi d'une main le porte-aiguille armé de son aiguille enfilée, et avoir soulevé de l'autre avec le ténaculum la lèvre de la plaie, on présente la pointe de l'instrument perforateur à un peu moins d'un centimètre du bord avivé, pour embrasser une épaisseur suffisante de tissus, et cependant ne pas en prendre trop, ce qui exposerait au rebroussement en dedans des parties comprises dans l'anse de fil. L'aiguille est enfoncée, d'abord perpendiculairement à la surface du vagin, puis obliquement, de manière à la diriger vers l'axe de la plaie, si l'on se trouve aux angles, ou vers le liseré formant le pourtour de la fistule, si l'on agit au niveau de la perte de substance. Le trajet de l'instrument doit toujours se faire en dessous de la surface avivée, et ne peut cependant jamais intéresser que la paroi vaginale, à l'exclusion de celle de la vessie. Lorsque la pointe a apparu à l'endroit désiré, elle est soulevée un peu avec le crochet du ténaculum, et on la prend avec le porte-aiguille pour l'extraire dans la direction qu'elle présente au milieu des chairs. L'autre lèvre de la plaie est ensuite traversée de la même manière, mais en sens inverse. Quelquefois, pour faciliter et régulariser le passage de l'aiguille, il faut appuyer, soit avec le ténaculum, soit avec un crochet mousse, soit avec la petite fourche, à l'endroit

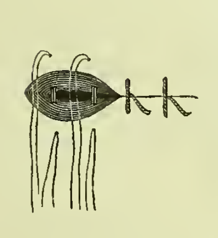


du bord où elle doit sortir, afin d'y produire une tension des tissus favorable à leur perforation. Le premier fil étant passé, on l'engage dans la première entaille de la planchette, et l'on procède de même à l'introduction et à la fixation des autres. Ceux-ci sont régulièrement espacés, placés à peu de distance l'un de l'autre (de quatre à cinq millimètres), et aussi nombreux qu'il est nécessaire, surtout aux angles, qui ne doivent jamais être négligés sous ce rapport. Toutefois, dans les fistules curvilignes, il est nécessaire que les points de la lèvre la plus longue se trouvent à une distance un peu plus grande que ceux de la lèvre opposée.

L'introduction de tous les fils de soie étant achevée, on les détache successivement dans l'ordre où ils ont été fixés à la planchette, afin d'y substituer les fils d'argent. A une extrémité de chacun de ceux-ci, on fait une petite anse, qui est accrochée à celle qui termine le fil de soie, puis on la tord légèrement pour l'égaliser autant que possible, afin qu'elle ne forme pas une trop forte saillie; la pulpe du doigt indicateur gauche est alors portée sur le fil de soie, à sa sortie des lèvres de la plaie, et, par de petites tractions exercées au moyen de cette espèce de poulie de renvoi, les deux liens sont entraînés à la suite l'un de l'autre, à travers le trajet occupé d'abord par le premier. On rassemble et l'on tend légèrement à l'extérieur les extrémités du fil métallique, puis on les engage dans la fente du fulcrum, qui est poussé jusqu'à ce que la plaque en soit arrivée en face de la fistule. Lorsque ce mouvement est effectué, et que le fond de la fente du support se trouve exactement au niveau de la ligne d'adaptation, on tire sur les extrémités rassemblées du fil, tout en pressant de l'autre main la plaque du fulcrum contre les bords. Ceux-ci sont ainsi légèrement aplatis, pendant que le lien, prenant son appui sur le point de réflexion que lui fournit le support, rapproche l'une de l'autre les lèvres avivées. Ces mouve-



ments combinés doivent être exécutés, non pas avec rudesse, mais avec assez de force cependant pour que les surfaces soient solidement affrontées. Cet effet obtenu, le chirurgien saisit ensemble, avec la pince à mors coudés, les deux bouts du fil d'argent, à environ un centimètre et demi de leur point de réflexion sur le fulcrum ; il fixe les mors en poussant le coulant, et, par un mouvement brusque, courbe à angle presque droit la partie saisie du fil métallique, puis,



pendant que la pince est un moment abandonnée, coupe le fil avec des ciseaux, tout près et en deçà de l'instrument. Il termine enfin la suture en reprenant la pince de la main droite et en lui faisant exécuter autant de tours de rotation qu'il en faut pour que la torsion des deux bouts soit accomplie jusqu'au niveau de la plaie. Chacun des fils est successivement soumis à ces manœuvres,



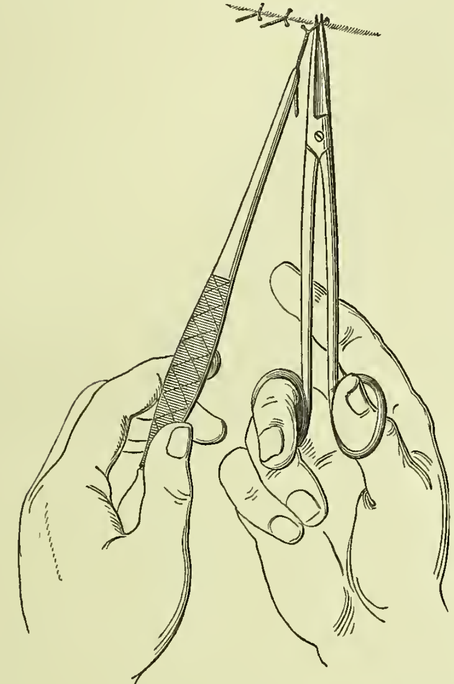
et, afin qu'ils ne s'embrouillent pas dans le vagin, il sont repris un à un avec la pince à torsion, tout près de la plaie, pour être repliés sur eux-mêmes et couchés symétriquement sur la paroi voisine du vagin. On régularise,

si l'on veut, les extrémités des fils, en les réséquant avec des ciseaux.

Quelquefois M. Sims fixe les fils métalliques d'une autre manière : il glisse, dans un nœud coulant fait à une des extrémités libres du lien, l'extrémité de l'autre bout, puis, quand la réunion des bords de la plaie a été convenablement effectuée, rétrécit le nœud et renverse du côté opposé le bout introduit : la torsion devient ainsi inutile. Dans tous les cas, quand la suture est terminée, s'il s'aperçoit qu'un point d'une lèvre est tiraillé, il pratique de petites incisions libératrices dans le genre de celles de Dieffenbach; mais, autant que possible, il évite ces débridements.

Après l'opération, on nettoie le vagin par une injection, on absterge la plaie, mais l'on ne place ni tampon ni aucun autre corps étranger dans le conduit vulvo-utérin. L'opérée est transportée dans son lit, où elle doit rester couchée sur le dos pendant quelques jours au moins, les jambes relevées par un coussin engagé sous les jarrets : ce n'est que plus tard qu'on peut lui permettre quelques mouvements circonspects exécutés sur place. On introduit la sonde, qui doit rester à demeure jusqu'à l'enlèvement des fils, et être conservée encore quelques jours après, mais avec moins de sévérité. Un urinoir, placé entre les cuisses de l'opérée, y reçoit le liquide évacué par la sonde; on peut y mettre une éponge destinée à absorber le liquide au fur et à mesure qu'il s'écoule. Le cathéter est nettoyé deux fois par jour au moyen d'une injection, et de temps en temps on en place un nouveau. La constipation est maintenue pendant une dizaine de jours, au moyen de l'administration, chaque fois que des besoins de défécation se font sentir, de deux centigrammes d'acétate de morphine et de l'usage d'une nourriture presque exclusivement animale. On accorde du vin ou de la bière, à volonté, pendant les repas.

Les fils sont enlevés du huitième au dixième jour. Pour exécuter cette dernière manœuvre, la femme est placée en



décubitus latéral, et on se sert d'un spéculum plus petit que celui qui a servi pour l'opération. Les bouts de chaque fil tordu sont saisis avec la pince à mors coudés et retirés un peu vers la cavité vaginale. Lorsque par ce moyen l'anse est devenue visible, on en coupe un côté et l'on retire l'autre avec la pince; puis on fait une injection dans la vessie, on replace la femme au lit, on supprime le régime animal et la morphine, et l'on permet plus de liberté dans les mouvements.

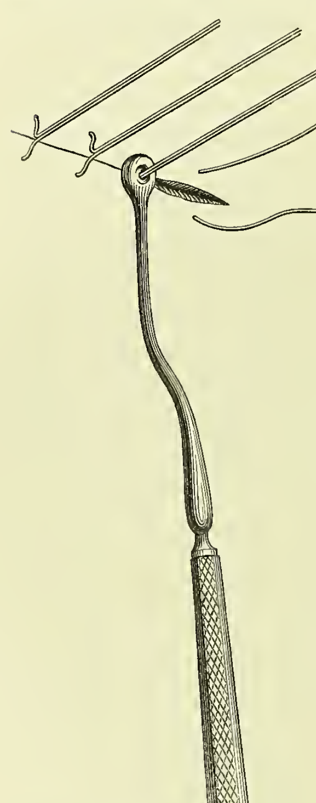
M. Sims avait pratiqué ses premières opérations à Montgomery (Alabama). L'état de sa santé l'ayant forcé d'interrompre ses expériences en 1853, il initia M. Bozeman à sa méthode, et le chargea de le remplacer. Mais celui-ci ayant échoué dans un grand nombre de cas, songea à modifier les procédés de son maître, et en 1856 et dans les années suivantes, publia plusieurs travaux où il exposait un nouveau procédé opératoire (1). Dans ce procédé, qu'il nomma *suture en bouton* (*button-suture*), l'union des lèvres

---

(1) *Remarks on vesico-vaginal fistula, with an account of a new*

se faisait suivant un mécanisme analogue à celui qui rattache une boutonnière à son bouton.

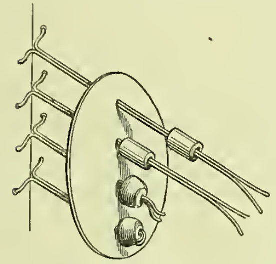
Les modifications de M. Bozeman ne portent que sur certains points de la manœuvre opératoire, car pour le reste il suit absolument les préceptes de M. Sims. Ces changements se rapportent principalement à une courbure sur le plat qu'il a donnée au manche des ciseaux employés pour l'avivement, à une disposition du spéculum qui rapproche un peu l'une de l'autre les extrémités des deux valves, à l'usage d'un ajusteur des fils de la suture, et à l'emploi d'une plaque particulière destinée à former le bouton. Il place la femme sur les coudes et les genoux.



Lorsque les fils d'argent ont été tous engagés dans les lèvres de la fistule, M. Bozeman les fait passer successivement dans un *ajusteur*, qui est formé par une espèce de lentille métallique montée sur un long manche et perforée au milieu, puis, tenant solidement les fils de la main gauche, il glisse sur eux l'instrument jusqu'à ce qu'il soit

mode of suture. Montgomery, 1856. — *Urethro-vaginal and vesico-vaginal fistulas*. Montgomery, 1857. — *Edinburgh med. Journal*, 1858. — *The Glascow medical Journal*, 1858-1859. — *The New-Orleans med. and surgical Journal*, 1860.

arrivé sur la plaie, qu'il déprime en appuyant fortement sur elle. Après avoir opéré cette manœuvre sur tous les fils, de manière à obtenir la réunion exacte des bords, il se sert d'une plaque de plomb d'un à deux millimètres d'épaisseur, assez longue pour recouvrir toute la solution de continuité, large de quinze à vingt millimètres, et d'une forme adaptée à celle de la ligne dessinée par la plaie : ordinairement cette forme devient ovalaire après qu'une excision convenable a arrondi les angles de la plaque. Celle-ci est saisie avec une pince et rapprochée de la rangée des points de suture, afin que la distance qui sépare les anses des fils puisse y être indiquée exactement par des lignes faites avec la pointe d'un instrument. M. Bozeman pratique alors dans l'opercule, avec un poinçon, autant de trous qu'il y a de raies marquées, puis y introduit les fils métalliques le long desquels il conduit le bouton jusque sur la plaie, qu'il presse à différentes reprises dans toutes ses parties pour les mouler exactement sur sa surface. Il faut



alors fixer les fils sur la plaque : c'est ce qu'exécute l'opérateur en les engageant dans de petits grains ou tubes de plomb perforés, qu'il écrase quand ils sont arrivés en contact avec la rondelle métallique. L'appareil ainsi solidement fixé, les fils sont pliés et coupés tout près de la plaque (1).

La renommée de la nouvelle opération américaine ne tarda pas à se répandre en Europe. Quoique M. Sims n'eût

---

(1) E. Follin, *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales.* Paris, 1860. — M. A. d'Andrade, *Essai sur le traitement des fistules végico-vaginales par le procédé américain modifié par M. Bozeman.* Paris, 1860.

point publié ses observations *in extenso* et que M. Bozeman n'en eût relaté qu'une vingtaine, on savait cependant que ce n'était plus, comme autrefois, quelques cas isolés de réussite que l'on annonçait en Amérique, mais que les succès s'y comptaient déjà par centaines et devenaient positivement la règle (1). Ces résultats, si nouveaux et si étonnants après ceux que l'on avait obtenus jusqu'alors, provoquèrent de toutes parts de nouvelles expérimentations. L'Angleterre, si indifférente autrefois à la question des fistules, fut la première à tenter des essais sur une large échelle, et l'on vit à la fois plusieurs de ses chirurgiens les plus distingués, MM. Baker-Brown, Simpson, Spencer Wells et quelques autres, s'élancer dans la nouvelle voie avec toute l'ardeur que donne l'espoir d'un succès presque assuré. En France, l'opération ne fut pas mise en usage aussi tôt; mais les esprits, quoique encore un peu disposés au scepticisme par l'expérience récente de nombreuses tentatives infructueuses, n'y demandaient qu'une occasion pour abandonner leurs doutes et se laisser convaincre par des preuves cliniques positives. En Allemagne, les procédés américains étaient connus depuis longtemps, et, quoique plusieurs chirurgiens y fussent engagés déjà dans une nouvelle direction qui leur était propre et qui commençait aussi à leur donner de nombreux succès, la découverte américaine y avait fait impression et y avait puissamment multiplié les travaux et les critiques sur la question des fistules uro-génitales. C'est sur ces entrefaites que M. Bozeman résolut de faire un voyage en Europe et, par des démonstrations expérimentales, d'y venir implanter définitivement

(1) On trouve dans la thèse de M. Monteros une lettre de M. Sims (1864), dans laquelle il dit avoir obtenu deux cent soixante guérisons sur trois cent douze cas.

la méthode américaine sur un terrain qu'il savait être tout préparé d'avance. Vers la fin de 1858, il se rendit en Angleterre, où il séjourna quelque temps, puis il alla en France et ensuite en Allemagne. Après avoir pratiqué plusieurs opérations, surtout dans les deux premiers de ces pays, il y obtint des résultats tellement satisfaisants, il y démontra avec tant d'avantage tous les détails, toutes les précautions propres aux procédés américains, qu'il leur fit prendre décidément racine dans l'ancien monde, et qu'il convertit un grand nombre d'incrédules en des adeptes fervents qui ne négligèrent rien pour les faire connaître, les employer eux-mêmes et les faire employer aux autres.

Pendant que ce mouvement s'opérait, un travail de perfectionnement tendait à se produire dans l'application de ces nouveaux moyens chirurgicaux. M. Bozeman avait si bien réussi à faire croire à la supériorité de son mode opératoire, qu'il avait pour ainsi dire effacé le nom de M. Sims, le principal inventeur. Plusieurs opérateurs, parmi lesquels il faut compter surtout quelques Anglais, MM. Eben Watson, de Glascow, Marschall, de Londres, John G. S. Coghill, de Glascow (1), avaient complétement adopté sa manière d'opérer. Mais en même temps il avait fait naître la conviction qu'il n'était pas arrivé au dernier terme des améliorations dont la manœuvre opératoire était susceptible : de là la naissance de plusieurs modifications qui ne tardèrent pas à voir le jour et que je dois faire connaître.

En Angleterre, M. Baker-Brown qui, à ce qu'il paraît, s'est d'abord servi de préférence du procédé Bozeman, a depuis modifié le traitement de ce chirurgien de la

(1) *The Lancet,* 1859, pp. 233, 289 et 455.

manière suivante : Après avoir placé la femme sur les coudes et les genoux, comme le prescrit M. Bozeman, il pratique l'avivement avec des bistouris fins, coudés, à différentes courbures (et jamais avee les ciseaux), en évitant avec soin de toucher la vessie. Il passe les fils au moyen des aiguilles de Startin, à courbures très-différentes, de manière qu'elles puissent s'accommoder aux exigences de toutes les particularités que peuvent présenter les fistules. Il n'a pas moins de quatorze espèces d'aiguilles pour exécuter ce temps de l'opération. Ses fils définitifs sont d'argent ou de fer galvanisé. Au lieu de les fixer sur la plaque de plomb de M. Bozeman, comme il le faisait dans ses premières opérations, il les passe dans le trou central de petits eroissants de plomb, puis les y assujétit en écrasant un petit mamelon qui surmonte le trou (1). Au cathéter de métal laissé en permanence, il préfère une sonde élastique d'homme, à laquelle il fixe un réservoir en bourse, imperméable, destiné à recueillir l'urine. Après l'opération, il fait usage d'opium pour obtenir la eonstipation. — Dans un mémoire lu en 1863 à la Société Obstétricale de Londres, M. Brown annonça qu'il avait obtenu quarante-trois guérisons sur cinquante-cinq eas de fistules qu'il avait opérés (2).

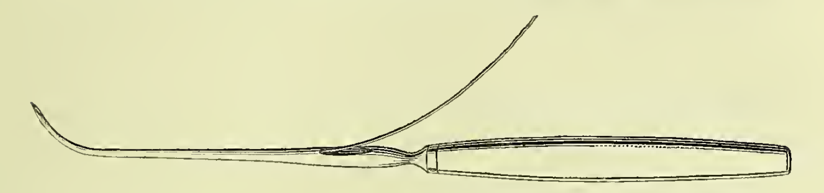
M. Simpson, d'Édimbourg, au lieu de passer les fils métalliques à la suite des fils de soie, les introduit d'emblée à travers une aiguille ereuse. Ses fils, au lieu d'être d'argent,

---

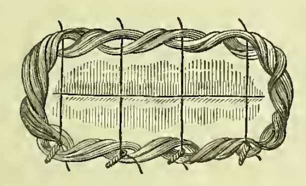
(1) Il paraît que depuis ces premiers essais M. Baker-Brown a abandonné ses croissants ou clamps (*The Lancet*, 28 mars 1863).

(2) Follin, ouvrage cité. — Herrgott, ouvrage cité, 1864. — Schuppert, ouvrage cité. — Baker-Brown, *On vesico-vesical fistula, and its succesful treatment*. London, 1858. — Id., *On vesico-vaginal fistula, illustrating a new mode of operation* (*The Lancet*, 1859).

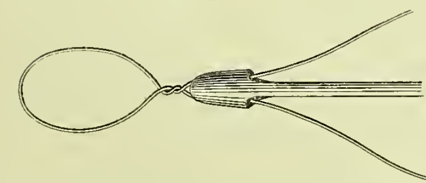
sont de fer recuit. Son aiguille est montée sur un manche;



un des orifices du tube dont elle est perforée se trouve près de sa pointe, et l'autre près de son manche. Après avoir traversé simultanément les deux lèvres de la plaie d'après le mode américain, mais sans chercher, comme lui, à ménager la muqueuse vésicale, il pousse le fil métallique à travers la tubulure de l'aiguille, et, quand il le voit paraître au trou terminal, le saisit avec une pince plate et retire l'aiguille, qui laisse le lien en place. Au lieu de se servir de la plaque de M. Bozeman, il fait usage d'un cercle formé par une espèce de treillis construit en fil de fer et disposé de manière à s'adapter à la forme de la fistule.



Au niveau de chacun des fils de la suture, il écarte un peu ceux du treillis et fait passer successivement les premiers dans chacune de ces espèces d'ouvertures, de sorte qu'il forme ainsi une couronne faisant le tour de la plaie et traversée par toutes les anses unissantes. Pour fixer les fils métalliques sur cette couronne, M. Simpson se sert d'un instrument inventé par son prédécesseur Coghill et formé de deux petits tubes rapprochés, fixés à l'extrémité

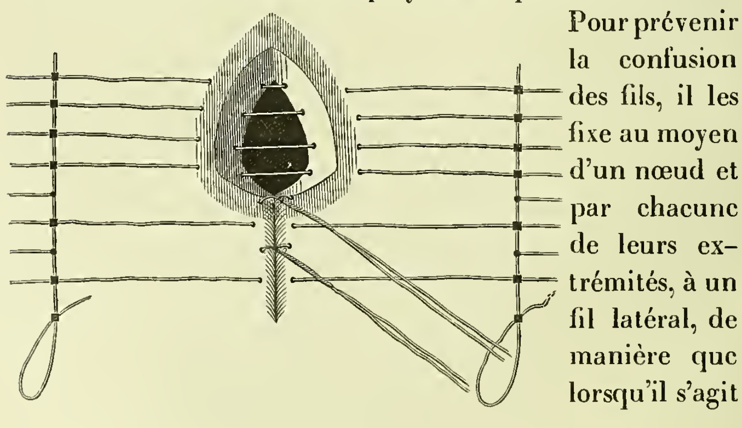


d'une tige métallique. Il engage chaque extrémité de l'anse dans un des petits tubes, puis, après avoir poussé l'instrument jusqu'à la couronne, lui fait exécuter deux ou trois

tours, ce qui suffit pour assujétir suffisamment l'appareil(1). Tout cela s'exécute pendant que la patiente est sous l'influence du chloroforme et étendue sur le côté gauche. Après l'opération, elle est placée sur le dos, on lui passe une sonde recourbée en S dans la vessie, et l'on fait trois ou quatre fois par jour des injections d'eau tiède dans le vagin; la constipation est maintenue par l'opium, et les sutures sont enlevées le huitième jour.

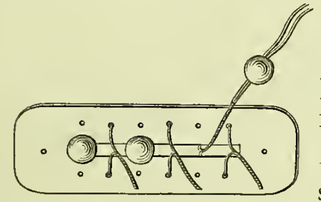
M. Spencer Wells opère d'après les principes de la méthode américaine; seulement il en exclut deux points importants : l'usage du fil métallique et le cathétérisme. Il remplace les fils d'argent ou de fer par le fil de soie fin et solide, et n'introduit dans la vessie aucun agent d'évacuation, ni à demeure, ni d'une manière intermittente.

En Amérique, M. Atlee, admettant les avantages et reconnaissant les inconvénients de la plaque de M. Bozeman et du treillis de M. Simpson, crut conserver les uns et remédier aux autres en employant le procédé suivant : Pour prévenir la confusion des fils, il les fixe au moyen d'un nœud et par chacune de leurs extrémités, à un fil latéral, de manière que lorsqu'il s'agit



(1) *The Lancet*, janvier 1849.— *Clinical Lectures on the diseases of women; on vesico-vaginal fistula.* — *Medical Times and Gazette*, 1859, t. I, p. 25.

de faire la réunion on n'ait qu'à les en détacher successivement dans leur ordre de succession. Il les divise alors en deux séries : les uns sont tordus sur la plaie même, au moyen de l'instrument de Coghill; les autres, alternant avec les premiers, sont tenus en réserve pour être fixés d'une autre manière sur une plaque de plomb particulière. Celle-ci est formée par une mince lamelle, façonnée, au moment de son application, d'après la forme de la fistule, et présentant à son centre une fenêtre taillée en biseau du côté de la plaie et destinée à recevoir les fils déjà tordus. A côté de cette fenêtre, à des distances égales, sont percés des trous qui doivent donner passage aux fils de la seconde catégorie laissés libres. Quand les fils des deux séries ont été alternativement passés, les uns par la fenêtre et les autres par les trous latéraux, les premiers sont assujétis définitivement au moyen d'un grain de plomb perforé, et les autres par une simple torsion au moyen de l'instrument de Coghill; et pour terminer, les fils sont coupés à une distance convenable et repliés sur la plaque. On a ainsi l'avantage, suivant l'auteur, d'être sûr de la réunion parfaite de la plaie avant l'application du couvercle, et de protéger les parties, comme le fait M. Bozeman, tout en soutenant latéralement la fistule, comme avec le treillis de M. Simpson (1).



Un autre procédé de M. Atlee, exposé plus récemment, mais qui s'éloigne beaucoup de la méthode américaine, consiste à substituer aux fils métalliques les sutures élastiques de M. Rigal, de Gaillac, proposées aussi autrefois

(1) Follin, ouvrage cité. — Atlee, *Case of successful operation for vesico-vaginal fistula* (*The American Journal*, 1860, p. 67).

par Leroy-d'Étiolles. (Voy. p. 60.) Dans ce procédé, on traverse les lèvres de la plaie avec des épingles d'acier, sur les extrémités desquelles on jette un anneau de caoutchouc, dont l'élasticité, à ce que prétend M. Atlee, rapprocherait les bords de la plaie en même temps qu'elle céderait mollement sous l'effort du travail inflammatoire venant à se produire.

M. Battey, de Géorgie (États-Unis), emploie, au lieu des boutons de M. Bozeman ou de M. Atlee, une plaque de plomb offrant, d'un côté, une série de trous, et de l'autre, des entailles faites avec une scie très-fine. Un des chefs des fils est passé par le trou de la plaque et assujéti par un grain de plomb écrasé; l'autre est engagé dans une des entailles du bord opposé et tordu avec l'autre chef, après le rapprochement préalable et exact des bords de la plaie (1).

M. Bozeman avait pratiqué à Paris sa première opération dans le service de Robert, à l'Hôtel-Dieu, sur une femme déjà opérée sans succès par lui et par M. Verneuil. Ces chirurgiens s'empressèrent de faire part au monde médical des impressions que cette opération avaient produites sur leur esprit. Robert fit sur ce sujet une conférence clinique ayant pour but de démontrer les avantages de la nouvelle méthode (2); et M. Verneuil, dans une série d'articles, malheureusement interrompus, où l'on aime à constater, à côté de l'érudition la plus solide, les principes les plus larges et les plus consciencieux, M. Verneuil, dis-je, commença, dans la *Gazette hebdomadaire*, une histoire et une critique du traitement de la fistule vésico-vaginale, considéré surtout au point de vue des innovations impor-

---

(1) *Obstetrical Transactions*. London, 1860.

(2) Robert, *Conférences de clinique chirurgicale*, 1860.

tées récemment d'Amérique (1). Il s'empressa en même temps de mettre lui-même le procédé américain en usage, et fit à ce propos une communication à l'Académie de Médecine de Paris (2). En outre, il publia plusieurs observations, accompagnées pour la plupart de réflexions et de considérations pratiques, et entretint à différentes reprises la Société de Chirurgie de certains points de doctrine se rattachant aux fistules et à leur nouvelle thérapeutique (3). Follin, de son côté, après avoir publié quelques considérations sur la méthode américaine, dans les *Archives de médecine* (avril et mai 1860), compléta ce travail, et le fit paraître la même année sous la forme d'une brochure (4). Dans cet opuscule, l'auteur analyse avec un grand soin tous les temps de l'opération américaine, expose les modifications qui y ont été apportées et donne l'histoire de trois cas qui lui sont propres, et dont deux surtout offrent un puissant intérêt. Dans un de ces cas, en effet, il est question d'une femme qui mourut d'une intoxication urémique, à la suite d'un rétrécissement de l'uretère au niveau du bord correspondant de l'orifice fistuleux, et chez laquelle toutes les particularités anatomiques de l'ouverture anormale furent démontrées par l'autopsie; dans l'autre, Follin relate la manière dont il a employé la galvanocaustie sur un pertuis qui avait persisté après une première opération. Il rappelle à cette occasion que

---

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1859, t. VI, pp. 7, 55 et 119.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 26 décembre 1860, t. XXVI, p. 173.

(3) *Archives de Médecine*, 1862, 5e série, t. XIX, pp. 48 et 297. — Société de chirurgie, séances du 17 juillet 1861 et du 8 juillet 1863.

(4) Follin, *Examen de nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales* (Méthode américaine), 1860.

M. Nélaton avait déjà guéri une fistule par l'application de ce moyen (1), et que M. Snow-Beck s'en était aussi servi avec succès en le combinant avec le grattage de l'eschare et l'usage d'une suture consécutive opérée au moyen d'épingles maintenues par des fils (2). Il termine son Mémoire en donnant une analyse sommaire de cas opérés par MM. Bozeman, Baker-Brown et Simpson.

Ces travaux, surtout ceux de M. Verneuil et de Follin, contribuèrent puissamment à répandre dans le public médical l'innovation américaine. Ils furent étudiés et consultés avec fruit par un grand nombre de praticiens, désireux de connaître et d'expérimenter une méthode dont la description exacte ne se trouvait dans aucun ouvrage classique. Aujourd'hui encore, quoique de nouveaux écrits assez importants aient paru sur cette matière, ils peuvent être lus avec avantage, et, pour mon compte, j'y ai largement puisé pour la rédaction de certaines parties de cet aperçu historique.

Ce sont ces publications, ainsi que celles de MM. Marion Sims, Bozeman, Simpson et Baker-Brown, que M. d'Andrade chercha à reproduire sous une autre forme dans la thèse qu'il soutint en 1860 devant la Faculté de Médecine de Paris (3). Comme son titre l'indique, l'objet de cette thèse était surtout de faire connaître les procédés opératoires de M. Bozeman; cependant l'auteur y décrit aussi, brièvement à la vérité, quelques autres modifications apportées à la méthode américaine. On y trouve : l'observation de trois

---

(1) *Bulletin général de thérapeutique,* 1857, t. LIII, p. 414.

(2) *Medical Times,* avril 1857.

(3) M. A. d'Andrade, *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain modifié par M. Bozeman.* Paris, 1860.

opérations de fistule, pratiquées, les deux premières par M. Verneuil, la troisième par Foucher, à l'hôpital Necker; un excellent tableau synoptique des cas opérés d'après le procédé Bozeman par ce chirurgien lui-même, puis par MM. Pollock, Baker-Brown, Brickell, Wallace, Schuppert, Follin, Verneuil et Eben Watson, et enfin quelques considérations sur les résultats de ces opérations. Cette thèse, fort bien faite, n'a eu qu'un tort, celui d'attribuer à M. Bozeman une part fort exagérée dans la découverte américaine.

Si l'introduction en France de cette découverte a opéré un revirement considérable dans les idées d'un grand nombre de praticiens, si le fait seul de son apparition lui a acquis immédiatement beaucoup d'admirateurs et d'adeptes convaincus, il s'en faut cependant que cet acquiescement ait été général. Plusieurs chirurgiens refusèrent de croire à sa supériorité et s'obstinèrent au contraire à soutenir la prééminence de la méthode française. Jobert ne voulut jamais admettre, malgré l'évidence des faits, que les nouveaux procédés fussent supérieurs aux siens (1). Malgaigne institua, en 1860, une série d'expériences comparatives sur les fils métalliques et les fils végétaux et animaux, et fut loin de tirer de ses observations des conclusions aussi favorables aux premiers que les partisans de ce moyen de synthèse eussent pu le désirer. M. Labbé, qui, en 1859, avait été l'interne de Jobert, composa une thèse ayant pour but de mettre en parallèle les procédés de son ancien maître et ceux de nouvelle importation, et de faire voir que, loin de l'emporter sur ceux du chirurgien de Paris, ces derniers leur étaient inférieurs (2).

---

(1) JOBERT, *De la réunion en chirurgie*, 1864, pp. 234 et suivantes.

(2) L. LABBÉ, *Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme, par la méthode française*. Paris, 1861.

Dans ce travail, tous les temps des deux opérations sont confrontés un à un, discutés et appréciés dans le sens de la supériorité de la méthode française. Les expériences de Malgaigne y sont rapportées, ainsi que six observations de fistules opérées en 1859, à l'Hôtel-Dieu, par Jobert, et dans lesquelles ce chirurgien avait obtenu cinq guérisons complètes et une amélioration notable.

Les choses en étaient là, lorsque M. Sims, instruit de ce qui se passait en Europe, et surtout de l'importance que le procédé de M. Bozeman y avait acquise aux dépens de sa propre méthode, résolut de venir lui-même en Angleterre et en France, pour y rectifier les erreurs commises à son égard et y exposer ses principes dans toute leur exactitude et leur vérité. Après un court séjour dans la Grande-Bretagne, il se rendit à Paris vers le mois de septembre 1861, et y pratiqua plusieurs opérations qui, à cette époque, firent sensation, en ce sens surtout qu'elles démontrèrent l'inutilité de l'appareil particulier que M. Bozeman et ses imitateurs avaient cru devoir employer pour obtenir la réunion des bords de la fistule. C'est dans cette ville que j'eus l'honneur de le rencontrer et qu'il voulut bien me promettre de venir à Bruxelles pour y faire une démonstration publique de sa manière d'opérer, sur trois femmes affectées de fistules que j'avais en ce moment à ma disposition.

Il se rendit effectivement à l'hôpital Saint-Pierre en décembre 1861, et y opéra séance tenante les trois femmes dont je lui avais parlé, tout en donnant une conférence sur tous les détails de la manœuvre chirurgicale. De plus, il voulut bien m'éclairer, dans des conversations particulières, sur un grand nombre de points qu'il n'avait pas touchés dans sa leçon, ou sur d'autres dont je ne me formais point une idée suffisamment claire. Il poussa la complaisance jusqu'à revenir, huit jours après, de Londres,

où il avait dû se rendre, et de faire ce voyage dans le seul but d'enlever lui-même les fils de la suture qu'il avait appliquée à ses opérées. Je le prie de vouloir bien accepter les remercîments et les sentiments de reconnaissance que je tiens à lui exprimer ici pour le service signalé qu'il m'a rendu dans cette circonstance.

Les procédés américains étaient encore fort peu connus en Belgique à cette époque. Je jugeai utile de les exposer tels que je les avais vu employer par l'inventeur, et je présentai, en janvier 1862, à l'Académie de Médecine, un Mémoire dans lequel je donnais une description détaillée du mode opératoire et du traitement employés par M. Sims (1). J'y joignis les observations des trois cas traités dans mon service par ce praticien et quelques réflexions que sa pratique et ses opérations m'avaient suggérées. Dans la même séance, M. le professeur Michaux, de Louvain, fit un rapport sur le discours anniversaire de M. Sims, qui avait été envoyé par son auteur à la société savante. Un an plus tard, en 1863, ayant opéré moi-même cinq fistules vésico-vaginales, je présentai à l'Académie un nouveau Mémoire où je rendis compte de ces faits cliniques, en les faisant suivre de plusieurs considérations nouvelles (2). Celles-ci portaient spécialement sur quelques notions anatomiques concernant la structure et l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale; sur la tolérance spéciale des organes pour les fils d'argent; sur certaines modifications au procédé opératoire, parmi lesquelles je citerai la traction en bas de la paroi antérieure

---

(1) Deroubaix, *Considérations sur l'opération de la fistule vésico-vaginale.* — *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1862, séance du 25 janvier.

(2) Id., *Observations cliniques et critiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine*, — in *Mémoires de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1863, t. IV, p. 271.

du vagin au moyen d'un ténaculum enfoncé dans sa substance, l'aplatissement de l'œillet du fil d'argent au moyen d'un nouvel instrument nommé *presse-fil*, une manière particulière de retirer les fils métalliques, la conservation du pont intermédiaire à deux fistules, etc.; je dis aussi quelques mots sur les raisons qui doivent engager à ne pas opérer pendant la grossesse; sur celles qui peuvent faire considérer la taille vagino-vésicale comme une méthode générale; enfin, sur les avantages et les inconvénients de certaines particularités inhérentes au traitement américain. Mes appréciations se ressentiront naturellement un peu de la vive impression que l'efficacité de la nouvelle méthode avait faite sur mon esprit, comme sur celui de beaucoup d'autres chirurgiens; et l'on verra, dans le cours de cet ouvrage, que plusieurs opinions exprimées dans ces opuscules ne sont point tout à fait conformes à celles que l'expérience m'a appris à professer aujourd'hui.

Depuis que j'expose la nouvelle phase introduite dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales par la découverte américaine, il a été principalement question de l'influence de ce grand progrès sur la partie occidentale de l'Europe. Je dois maintenant examiner les effets qu'il produisit sur le reste du continent.

Pour bien apprécier ces résultats dans les pays du Nord, et surtout en Allemagne, il faut revenir pour un moment à l'époque où Jobert de Lamballe publia ses différentes méthodes de traitement. L'Allemagne, à l'époque où elles surgissaient, était fort préoccupée des opérations de Dieffenbach et de Wützer. Elle était hésitante entre le découragement que lui inspiraient leurs insuccès, surtout ceux du premier, et le reste de confiance que quelques cures réelles et remarquables lui faisaient encore conserver. Plusieurs de ses chirurgiens les plus distingués essayèrent

de mettre en pratique les indications du chirurgien de Paris; mais, comme ils n'eurent pas lieu de s'en louer et qu'ils ne réussirent pas plus que les autres praticiens qui avaient voulu marcher sur les traces de Jobert, ils en vinrent comme eux à douter de la réalité des succès annoncés, et même à traiter avec une certaine ironie les prétentions de l'opérateur français (1). Toutefois quelques-uns d'entre eux voulurent voir les choses de plus près : M. Gustave Simon, entre autres, vint à Paris et y observa avec soin la manière dont Jobert de Lamballe procédait lui-même à l'application de ses principes. Il en rapporta l'idée que les manœuvres de ce chirurgien étaient loin d'être mauvaises, et qu'elles péchaient seulement par des défauts qu'il était possible d'éviter.

Revenu à Darmstadt, il y expérimenta la méthode du praticien français d'après ses vues particulières; mais il échoua dans les deux cas où il la mit en usage. Il songea alors à lui imprimer des modifications radicales, et, après les avoir arrêtées dans son esprit, fit paraître un travail dans lequel il exprimait ses idées sur les imperfections de la méthode de Jobert et sur les moyens d'y remédier (2). Il avait été surtout frappé des inconvénients des incisions latérales et de celle pratiquée pour détacher le col de l'utérus, qui constituent un des caractères fondamentaux de l'autoplastie par glissement. Dans son Mémoire, M. Simon, tout en insistant sur les avantages de certains temps de l'opération de Jobert, chercha surtout à démontrer les défauts de ces diérèses. Il soutint qu'il est possible de s'en passer en les remplaçant par ce qu'il nommait

(1) Gustav Simon, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln*. Giessen, 1854, p. 2.

(2) *Ibidem*, 1854.

la *double suture* (*Doppelnaht*), qui consiste à faire deux séries de points, l'une superficielle, près des bords de la plaie, l'autre profonde, à une plus grande distance. Il donna l'observation de deux cas opérés par le docteur Tenner, de Darmstadt, qui prouvaient qu'on peut parfaitement supprimer les incisions latérales, et que des moyens d'union agissant sur les bords à une certaine distance peuvent y suppléer. Ces deux cas avaient été traités par un avivement profond et par des points de suture simples traversant toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, à partir d'un demi, d'un et même de deux centimètres des bords avivés, suivant le besoin. L'une des fistules, opérée en 1851, avait été guérie; l'autre, qui était très-grande, avait été traitée en 1853 et n'avait pu être que considérablement rétrécie (1). Dans les deux cas, aucune incision libératrice ni aucun décollement du museau de tanche n'avait été mis en usage. — M. Simon donna ensuite quatre autres observations qui lui étaient propres et qui rendaient compte de succès marqués qu'il avait obtenus, en 1853 et en 1854, au moyen de la double suture, et il termina son travail en se livrant à quelques considérations sur la manière dont se comportent les uretères dans les fistules vésico-vaginales et sur l'opération qu'on leur applique, sur les dispositions de la vessie avant et après la guérison, sur l'influence de la menstruation par rapport à la cicatrisation de la plaie, et enfin sur les effets de l'écoulement des règles par la vessie.

Le procédé de la double suture n'était pas neuf : Dieffenbach, que l'on peut, je pense, considérer comme en étant le véritable inventeur, l'appliquait dans beaucoup d'opérations autoplastiques, et l'avait même mis en usage dans

(1) Ces cas avaient déjà été publiés dans la *Deutsche Klinik*.

celle de la fistule vésico-vaginale, mais, à la vérité, sans y attacher une importance capitale. Beaucoup d'autres chirurgiens allemands, entre autres M. Langenbeck, successeur de Dieffenbach, continuaient à se servir de la suture à double rangée; il n'est donc pas étonnant que M. Simon ait songé à cette opération tout à fait germanique pour arriver à pouvoir supprimer les incisions de Jobert.

Tel était l'état de la médecine opératoire allemande quand la méthode américaine fit son apparition en Europe. Elle rencontrait dans ce pays des habitudes chirurgicales basées sur des idées anciennes et sur certaines conceptions nationales, légèrement modifiées sous l'influence de la méthode française, et avait à lutter contre un procédé récent nettement décrit et mis heureusement en usage par M. Gustave Simon.

L'influence de la méthode américaine ne fut pas suffisante pour effacer complétement la pratique, déjà assez enracinée, de la chirurgie allemande; elle exerça cependant une pression assez forte pour l'ébranler et la modifier dans une certaine mesure. De là cette espèce de mélange des méthodes allemande, française et américaine que l'on trouve dans cette chirurgie, de même que dans celle de la Russie, dont les rapports avec sa voisine occidentale sont, comme on le sait, très-intimes et très-nombreux. On verra des traces de cette triple influence dans presque tous les travaux allemands qui me restent encore à examiner, et on les constate déjà dans les écrits des praticiens qui s'occupèrent du traitement des fistules à l'époque où parut l'ouvrage de M. Simon dont il vient d'être question.

Roser rejeta, comme M. Simon, les incisions de Jobert. Il fit usage d'une suture analogue à celle du chirurgien de Darmstadt, plaçant les points à une grande distance

des bords avivés; mais il pratiquait son avivement aux dépens seulement de la paroi vaginale et n'engageait pas les fils jusque dans la cavité vésicale. Il guérit de cette manière trois fistules, dont les observations furent rapportées par M. Simon et publiées en outre dans un recueil périodique (1).

M. Esmarch, de Kiel, employa aussi la double suture; mais, pour pratiquer l'opération, il plaçait le plus souvent ses opérées sur le ventre ou sur les coudes, sauf dans les cas où il les chloroformisait. Pour découvrir le champ opératoire, il se servait d'un spéculum de son invention, formé d'un canal d'argent neuf, au bord duquel vient s'adapter un ressort d'acier qui y glisse dans une rainure, et qui est courbé de manière à se porter derrière le coccyx et le sacrum et à pouvoir aller se fixer à une ceinture de cuir passant par la région lombaire. Ce spéculum, destiné à tirer de lui-même en arrière la paroi postérieure du vagin, et à épargner ainsi aux aides la fatigue qu'ils éprouvent souvent à maintenir l'instrument, réalisait pour ainsi dire anticipativement le vœu exprimé plus tard par M. Simpson. Esmarch pratiquait l'avivement à travers toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, comme M. Simon; mais il employait assez généralement, paraît-il, un fil de soie quatre fois double et aplati. Après l'opération, la position qu'il donnait à la femme variait suivant les circonstances : il lui est arrivé de la placer sur le ventre. Il introduisait dans la vessie une sonde de gomme élastique, par laquelle il y injectait fréquemment de l'eau tiède, pour diluer l'urine et la rendre moins excitante. Il regardait le tamponnement comme inutile. Selon lui, la cautérisation ne pouvait convenir que pour de très-petites fistules. Dans

(1) *Archiv für physiologische Heilkunde,* 1854, p. 576.

l'article qu'il fit insérer dans la *Deutsche Klinik* (1), et dans la communication qu'il fit à la Société de médecine scientifique de Berlin (2), M. Esmarch annonça que sur sept cas, il avait obtenu six guérisons.

Après la publication de son travail, en 1854, M. Simon avait continué à s'occuper activement de la question des fistules uro-génitales. Lorsque surgit la méthode américaine, il l'étudia et la confronta avec la sienne dans des expériences comparatives. Insensiblement, comme il le dit lui-même, l'horizon de ses pensées s'élargit par ces expériences et par ses observations cliniques, et il en arriva enfin à établir un corps de doctrine dont il résolut de donner connaissance au monde chirurgical dans un nouvel ouvrage. L'impression de ce travail fut un peu retardée par le changement de résidence de son auteur, de Darmstadt à Rostock; mais, en 1862, M. Simon put le livrer au public (3).

Je dois ici m'occuper tout particulièrement de ce livre important, qui non-seulement représente les idées spéciales de la chirurgie allemande, mais que l'on peut regarder comme une des meilleures monographies qui aient été écrites jusqu'aujourd'hui sur les fistules uro-génitales.

M. Simon entre en matière en donnant, avec tous les détails désirables, douze observations de fistules de toute espèce opérées par lui depuis l'année 1859, époque à laquelle il avait déjà traité vingt-deux autres cas dont l'histoire se trouve dans différentes publications antérieures (4). Après

---

(1) *Deutsche Klinik*, 1858, n[os] 27 et 28, pp. 263 et 270.

(2) *Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin* (séance du 29 mars 1858).

(3) G. Simon, *Ueber die Operation der Blasen-Scheidenfisteln durch die blutige Naht*. Rostock, 1862.

(4) *Operationen bei Urinfisteln am Weibe* (*Deutsche Klinik*, 1856, n[os] 30, 31, 32, 33, 35). — *Ueber die Heilung der Blasen-Scheiden*

cette description, il résume, avec une lucidité parfaite, dans une revue statistique, toutes les circonstances qu'ont présentées ses observations sous le rapport du nombre des fistules, de leur grandeur, de leur siége, de leurs complications, de leur cause, des méthodes employées, des effets obtenus et de l'état des femmes après le traitement; il termine cette revue par la comparaison des résultats qu'il a réalisés par sa méthode perfectionnée, avec ceux qu'il avait observés lors de ses premiers essais, et avec ceux des opérateurs qui suivent une autre pratique chirurgicale. Il aborde ensuite la partie essentielle de son ouvrage, qu'il intitule : *Description de ma méthode d'opération et examen critique des méthodes française* (Jobert) *et américaine* (Sims), et qui constitue une véritable exposition magistrale de sa doctrine.

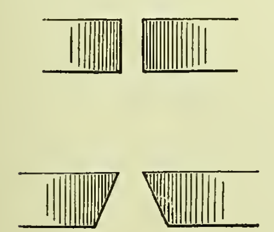
Il place en tête de cette seconde partie une division des fistules, qui est la reproduction, à peu de chose près, de celle de Jobert; puis il établit les principes qui, selon lui, doivent diriger la manœuvre chirurgicale et dont l'oubli, l'ignorance ou l'inobservance ont été cause de tous les insuccès. Les chirurgiens, dit-il, établissent les conditions de la guérison des fistules là où elles ne sont pas. Ainsi, Jobert les place principalement dans les incisions relâchantes, et M. Sims dans l'usage des fils métalliques. Mais la preuve qu'ils sont dans l'erreur l'un et l'autre, c'est que

---

und Blasen-Mutterfisteln (*Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1858, t. XII). — *Bericht über 9 Fälle von Operationen der Blasen-Scheiden und Blasen-Mutter-Scheidenfisteln* (*Scanzoni's Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1860, t. IV). — *Ueber die Harnleiter-Scheidenfisteln* (*Scanzoni's Beiträge*, 1860, t. IV). — *Beschreibung einer Dunndarm-Scheidenfistel bei gleichzeitiger Blasen-Scheidenfistel* (*Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, 1859, t. XIV).

Jobert guérit sans fils métalliques, M. Sims sans débridements libérateurs, et que lui-même guérit sans fils métalliques et sans incisions. C'est ailleurs qu'il faut chercher les causes efficientes de la réussite.

La guérison, dans les fistules vésico-vaginales, dit M. Simon, doit se faire par première intention. La ténuité des bords de la solution de continuité, l'absence, dans la plaie, d'une base avivée sur laquelle ces bords puissent prendre un point d'appui pendant le travail de cicatrisation, la pression et l'écoulement continuels de l'urine, sont les raisons principales pour lesquelles, comme dans d'autres régions du corps où des conditions analogues sont réunies, la cicatrisation par granulation est impossible. C'est ce qui est cause aussi qu'il est difficile de pouvoir espérer une adhésion par contraction des bords, après les cautérisations et les ruginations. Si l'on avait bien apprécié ces vérités, si, au lieu de réunir les plaies pour ainsi dire machinalement, sans réfléchir au véritable mécanisme de la cicatrisation, comme on l'a fait assez généralement, en s'attachant à l'accessoire au lieu de s'occuper de ce qu'il y a d'essentiel dans ce travail réparateur, on aurait vu que la réunion par première intention, dans le traitement des fistules comme, du reste, partout ailleurs, exige l'observation des préceptes suivants : 1° Aviver les bords de manière que leurs surfaces soient lisses et formées d'une substance parfaitement saine; 2° tailler ces surfaces de telle façon qu'elles soient exactement parallèles ou légèrement obliques l'une relativement à l'autre, pour que leur adaptation puisse se faire sans formation de plis intermédiaires; 3° entamer la circonférence de la solution de continuité dans toute l'étendue de son épaisseur; 4° faire



en sorte que l'avivement forme deux angles aigus à ses extrémités, afin qu'en cet endroit les deux lèvres puissent être réunies exactement dans la direction d'une ligne droite. Le rapprochement doit se faire dans des conditions telles que les surfaces des lèvres se confrontent le plus exactement possible et que toute tension capable d'en provoquer l'écartement soit évitée jusqu'à l'époque de la cicatrisation. Dans les grandes fistules, on a ainsi deux indications à remplir sous ce rapport, savoir : la réunion et le relâchement des bords, tandis que, dans les petites, la première suffit.

C'est sur ces principes qui établissent, comme on le voit, la parfaite similitude entre la réunion dans l'opération des fistules uro-génitales et celle qui se fait partout ailleurs, quand on cherche à obtenir la cicatrisation par première intention, c'est sur ces principes, dis-je, que M. Simon établit sa méthode opératoire, qui se trouve ainsi appuyée sur des données parfaitement logiques et scientifiques. Pour réaliser ces indications fondamentales, dont l'observation prend un caractère de difficulté tout particulier dans les fistules urinaires de la femme, en raison de la profondeur du siége de ces affections ainsi que de la flaccidité et des plicatures du vagin qui les cache, il propose les moyens d'exécution suivants :

1° *Position de la malade.* — M. Simon place la femme sur le dos, le sacrum tellement relevé qu'il se trouve un peu au-dessus du niveau de l'abdomen et de la poitrine ; les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses, qui sont appliquées sur le ventre et les parties latérales de la poitrine, de telle sorte que le siége devienne la partie la plus saillante et que la vulve soit dirigée en haut et en avant. Cette position est nommée *pelvi* ou *sacro-dorsale.* Elle porte le vagin à peu près dans la situation qu'il présente lorsqu'on place la femme sur les coudes et les genoux,

sauf que l'organe est renversé; elle a l'avantage de rendre le champ de l'opération parfaitement libre, plus libre que dans le décubitus dorsal, où il est rétréci par la présence des cuisses; elle permet aux aides de remplir leur rôle en agissant de côté, sans que leurs mains projettent de l'ombre sur les parties à opérer; elle rend facile l'application de plusieurs spéculums et de leviers latéraux; elle est aussi facile à supporter que celle sur le dos, et elle permet l'usage du chloroforme.

2° *Mise à jour* ou *rapprochement de la fistule.* — M. Simon n'est partisan exclusif ni du procédé de Jobert, qu'il nomme *mise à jour immédiate,* ni de celui de M. Sims, qu'il appelle *mise à jour médiate.* Toutefois il emploie l'un et l'autre, suivant les cas, avec certaines modifications. Si le col utérin s'abaisse facilement, sans effort, il en profite, parce qu'alors on peut opérer, non plus dans une cavité, mais sur une surface libre, comme à l'extérieur du corps. Si, ce qui est infiniment plus fréquent, l'abaissement se fait avec difficulté, il y renonce et applique simplement les moyens dilatateurs.

Quand l'abaissement du col de l'utérus est possible, au lieu d'exécuter toute la traction avec la pince de Museux, il se sert seulement de cet instrument pour le saisir, puis il passe à travers ses deux lèvres et d'arrière en avant, au moyen d'un porte-aiguille et d'une aiguille fortement courbée, deux fils forts qu'il ramène au dehors de la vulve. L'avantage de ce procédé est que ces liens ne tiennent aucune place dans le vagin et ne gênent en rien les manœuvres opératoires.

Lorsque l'abaissement est peu praticable et qu'il faut employer la mise à jour médiate, il emploie le spéculum de M. Sims, dont, par parenthèse, il regarde l'invention comme un des principaux perfectionnements que ce chirurgien ait apportés dans le traitement des fistules. Il a

modifié cet instrument en y adaptant un manche long et quadrangulaire, terminé par un crochet, afin qu'on puisse le saisir à deux mains, que celles-ci soient assez éloignées du champ de l'opération, et qu'elles puissent agir longtemps sans trop de fatigue. Pour certains cas difficiles, pour ceux où la fistule est placée très-haut, il trouve ce moyen d'exploration insuffisant, et il y a joint l'emploi d'un spéculum lamelliforme destiné à attirer en haut la partie supérieure de la vulve, et des leviers latéraux propres à en écarter les côtés. Il se sert de ces rétracteurs suivant que les particularités des fistules l'exigent; quand il peut s'en passer, il les néglige, ce qui, par exemple, a lieu lorsque la fistule se trouve près de l'orifice inférieur du vagin. Dans les cas où il faut les employer, leur avantage est de tendre le conduit vulvo-utérin dans toutes les directions et de le raccourcir, de sorte que sa partie supérieure, siége de la fistule, soit posée vers son entrée comme une paroi verticale dont les plis sont effacés.

A ces différents moyens de mise à jour de la fistule, M. Simon ajoute encore, suivant le besoin, l'introduction dans l'urèthre d'une sonde qui abaisse la paroi vaginale et l'orifice anormal, l'application de crochets à petite courbure et à long manche destinés à tendre les bords de l'ouverture, et enfin, quand il y est forcé, l'incision ou même l'excision de brides vaginales qui empêchent l'accès du champ opératoire.

3° *Avivement des bords de la fistule.* — Après quelques considérations sur la structure et l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, M. Simon rappelle que beaucoup de praticiens, surtout les Américains et les Anglais, et même plusieurs Allemands, (Dieffenbach, Wützer, Roser, Esmarch), ont surtout recommandé de pratiquer l'avivement en *entonnoir évasé* très-large, aux dépens du vagin seulement, de manière à laisser intacte la vessie, et, dans le cas d'insuc-

cès, à éviter un agrandissement de la fistule. Quant à lui, il procède tout différemment : il taille les lèvres en *entonnoir profond*, leur donnant ainsi la forme que l'on a l'habitude de rechercher dans les avivements pratiqués sur d'autres parties du corps, par exemple dans le bec-de-lièvre, etc. Il ne craint pas d'entamer trop largement le pourtour de la fistule; au contraire, il recommande d'enlever tout le tissu cicatriciel, dût l'orifice en être considérablement agrandi, et il le fait d'autant plus volontiers que celui-ci est plus grand, tenant avant tout à avoir des surfaces saines et favorablement organisées pour la réunion par première intention. Plus les bords de la fistule sont minces, plus il s'en écarte pour former les lèvres saignantes, par la raison qu'il les veut aussi larges que possible, pour obtenir un affrontement étendu. Il traverse, soit perpendiculairement, soit un peu obliquement, toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale. Peu lui importe que la muqueuse vésicale soit ou non atteinte : car, d'une part, elle est trop flasque pour pouvoir être régulièrement avivée et pour concourir à la cicatrisation, et, d'autre part, sa lésion n'offre aucun inconvénient. L'important est qu'elle ne vienne point s'interposer entre les bords de la plaie et que, quand l'avivement l'a découpée en petites lanières flottantes, ce que son extrême laxité rend assez fréquent, on refoule ces tronçons au-dessus de la suture. Dans les petites fistules, loin d'imiter les opérateurs qui se bornent à un avivement très-superficiel de peur de convertir le pertuis en un orifice plus grand, il excise franchement toute l'épaisseur des bords jusqu'à la vessie, de manière à pouvoir y introduire le doigt. La différence qu'il y a entre les résultats de ces conduites opposées, c'est, dit-il, que la première oblige à revenir à plusieurs reprises à de nouvelles opérations, tandis que la sienne amène presque toujours une guérison d'emblée. Dans les fistules vésico-utérines super-

ficielles et profondes, l'avivement est plus oblique et les surfaces sont plus parallèles et plus larges que dans les fistules vésicales simples.

La lésion d'une portion de la vessie est d'autant plus indifférente à M. Simon que, dans son opinion, elle est inévitable, même dans l'avivement en entonnoir évasé le plus soigné. Ceux qui en sont partisans pratiquent, sans le savoir, en vertu des adhérences établies entre la poche urinaire et le vagin, la résection de la tunique musculaire de la vessie et fort souvent celle de sa membrane muqueuse; et cela est très-heureux, car s'il n'en était pas ainsi, les surfaces saignantes seraient tellement imparfaites qu'elles n'auraient aucune chance d'adhésion. En supposant l'avivement à plat pratiqué d'après toutes les exigences de la théorie, on pourra bien obtenir ainsi des bords plus étendus que par l'avivement aigu, puisque celui-ci ne peut dépasser plus de six à huit millimètres d'épaisseur; mais cet avantage sera rendu illusoire et sera complétement annihilé par l'absence, dans les bords, des propriétés vivaces que possèdent les autres, et par la nécessité où l'on se trouvera, pour les rapprocher, de déterminer dans le vagin la formation de plis que la position face à face des parois de l'avivement en entonnoir profond fera éviter à coup sûr.



D'après M. Simon, la réunion, après l'avivement à plat, ne se produit qu'à la partie supérieure des surfaces affrontées, ce qui rend inutile une bonne partie de l'excision des tissus. Il se base pour émettre cette affirmation sur des remarques qu'il a souvent faites chez certaines femmes guéries par l'application de ce procédé. Le vagin de plusieurs d'entre elles, en effet, était le siége de cicatrices très-minces entourées d'une aréole d'un aspect différent de celui des

parties voisines et traversée par les traces des fils jusque près de l'endroit occupé autrefois par la fistule : ce qui, d'après son opinion, implique le retrait de la surface avivée après une réunion simplement partielle. Chez d'autres, il a trouvé les marques des trous d'aiguille à une telle distance de la ligne de réunion, qu'il était impossible de ne pas admettre qu'il y avait eu là un écartement des parties affrontées, et de croire que les points de suture avaient été placés aussi loin des bords de la plaie.

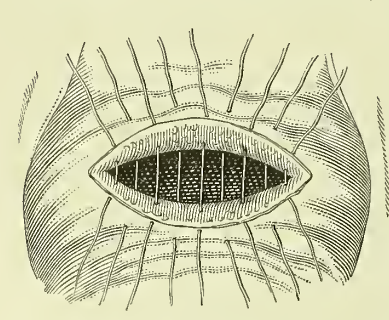
Pour ce qui est de l'agrandissement de la fistule après un échec survenu à la suite d'un avivement en entonnoir profond, M. Simon objecte que, dans les mêmes circonstances se produisant à la suite d'un avivement évasé, les bords de l'ouverture peuvent être devenus tellement minces, qu'ils n'offrent plus de prise à un nouveau rafraîchissement, de sorte que l'on est alors obligé d'entrer beaucoup plus loin dans les tissus qu'il n'eût fallu le faire si l'on eût pratiqué la première fois une perte de substance comprenant toute l'épaisseur de la cloison.

La crainte de produire des accidents en blessant la vessie est illusoire, dit l'auteur. Dans les cas où il a observé des symptômes vésicaux consécutifs, il a reconnu qu'ils étaient dus au cathétérisme permanent; et il a bien certainement intéressé souvent cet organe sans qu'aucune suite fâcheuse se manifestât, si ce n'est tout à fait exceptionnellement.

Pour exécuter l'avivement en entonnoir profond, M. Simon saisit les bords de la fistule avec de petits crochets aigus ou avec des pinces à érignes, puis les excise, soit avec les bistouris de Jobert, montés sur des manches longs et à lame droite, soit avec ceux des Américains, à lame recourbée sur le plat. Souvent il se sert de bistouris à deux tranchants, dans lesquels il trouve l'avantage de ne pas devoir en changer quand il s'agit de faire des incisions en des sens différents. Quand la fistule est située

assez près de l'orifice vaginal, il préfère des scalpels plus courts, droits et à lame fine, qui se manient mieux que les instruments longs. Il emploie rarement les ciseaux, et ne les aime guère que pour réséquer de petites inégalités à la surface de la plaie. Quand il les met en usage, il croit que des ciseaux longs, courbes sur le plat, à branches larges, minces et très-tranchantes, valent mieux que les ciseaux coudés des Américains.

4° *Réunion des bords avivés.* — Pour remplir les indications de la réunion, M. Simon emploie la *double suture,* formée de deux rangées de fils, placés fort près les uns des autres (à la distance d'une ligne à une ligne et demie, soit à un quart ou à un tiers de centimètre). Les deux rangées diffèrent surtout par leur éloignement des bords de la plaie, la première s'en trouvant assez rapprochée, tandis que la seconde s'en écarte de trois à quatre huitièmes de centimètre. L'ensemble des points les plus voisins de la ligne d'adaptation forme la *suture de réunion* (*Vereinigungsnaht*), celui des autres, la *suture de détente* ou *de relâchement* (*Entspannungsnaht*). La première série a principalement pour objet de produire la réunion exacte



des bords; la seconde a pour but spécial de faire disparaître le tiraillement s'opérant en sens inverse de la réunion, et d'obtenir ainsi les effets que Dieffenbach et surtout Jobert poursuivaient au moyen de leurs incisions latérales. Dans certaines grandes fistules où la tension est forte, il est toujours nécessaire d'employer simultanément les deux espèces de sutures; dans les petites, au contraire, où presque toujours la tendance à l'écartement est faible ou

nulle, une seule, celle de réunion, suffit, et très-souvent M. Simon a pu se borner à son usage. Les deux catégories de points n'ont pas, on le comprend, un mode d'action tout à fait distinct, malgré leur dénomination différente : elles s'entr'aident, de manière que la suture de réunion opère un peu dans le sens de la détente, et l'autre dans celui de la réunion, et elles ne diffèrent sous ce rapport que par une tendance plus spéciale à produire l'un ou l'autre de ces deux résultats.

Lorsque le tiraillement des bords de la plaie est considérable, il faut placer la suture de détente à une distance de plus de trois à quatre huitièmes de centimètre, et quand les lèvres ne s'ajustent pas facilement, on doit rapprocher les points de la suture de réunion de façon à laisser entre eux des intervalles de moins d'un tiers de centimètre (d'un quart, par exemple). Dans tous les cas, les moyens d'union des deux ordres doivent pénétrer profondément, dans le but de rapprocher toute l'étendue des surfaces avivées et d'embrasser une épaisseur de tissu suffisante pour ne pas exposer à la section des chairs. M. Simon songe fort peu à ménager la muqueuse vésicale ou à ne pas la comprendre dans les anses des fils, car il croit que la chose est indifférente : il a observé, en effet, que des pertuis causés par ces corps étrangers peuvent se former aussi bien quand on ne pénètre pas dans la vessie que lorsqu'on y entre, et que, dans le premier cas, l'urine n'en vient pas moins se mettre en contact avec les points de suture à la partie supérieure de la plaie. Il se comporte donc à cet égard suivant les circonstances, et enferme ou n'enferme pas la muqueuse vésicale dans les ligatures, suivant qu'il s'aperçoit qu'en la ménageant la réunion hermétique est rendue difficile, ou qu'au contraire elle n'en est pas gênée. Seulement, quand il ne s'en sert pas, il a soin de ne pas la laisser

s'engager entre les lèvres, lors du serrement des nœuds.

Généralement la suture de détente dispense des incisions latérales. Cependant M. Simon ne rejette pas celles-ci d'une manière absolue pour tous les cas indistinctement, et il reconnaît qu'il y a certaines grandes pertes de substance où elles deviennent indispensables pour obtenir un affrontement parfait.

Dans son article sur la suture, M. Simon s'occupe très-longuement de la question de savoir : 1° s'il faut employer des fils fins ou de gros fils; 2° de quelle matière ces corps doivent être composés.

Relativement au volume, il préfère les fils minces aux autres, tant pour la suture de réunion que pour celle de détente, parce que, s'il est vrai qu'ils coupent un peu plus vite les tissus, ils peuvent cependant toujours maintenir les lèvres assez longtemps en contact pour que leur agglutination se fasse; ensuite, parce qu'on peut, quand on les emploie, faire des points plus rapprochés et par conséquent plus nombreux; enfin, par la raison qu'ils exposent moins souvent à la formation de trous ulcérés consécutifs, et que, lorsqu'il arrive qu'il s'en produit, la guérison s'en fait plus facilement.

Pour ce qui est de la nature des fils à employer, M. Simon déclare ne point être partisan des substances métalliques, dont il considère la vogue comme une affaire de mode qui ne tardera pas à disparaître : il donne la préférence à la soie fine, bien tordue et bien lisse. Il résulte, dit-il, de ses expériences, que la différence qui existe entre les fils de métal et les autres, sous le rapport de leur tendance à produire l'inflammation et la suppuration, ne dépend pas, comme M. Simpson l'a dit, de l'absorption des liquides ambiants par les ligatures organiques, qui contracteraient par là la propriété de devenir des foyers de purulence et d'infection, mais que ces derniers phénomènes se montrent

et se développent en raison de la grosseur et de la rugosité de la surface des liens employés. Des fils de soie fins et bien tordus ne présentent presque pas de différence sous ce rapport avec ceux de métal. Il est vrai que, lorsque le travail inflammatoire est tombé, sept ou huit jours ordinairement après la réunion, les corps métalliques sont mieux tolérés dans les tissus que la soie; mais on voit cependant assez souvent, quoique moins fréquemment, la tolérance s'établir aussi pour cette dernière substance. — L'influence des fils organiques sur la réunion par première intention, qu'ils empêcheraient, si l'on s'en rapportait aux expériences que M. Simpson a faites sur les porcs, n'est point telle que l'indique ce chirurgien. Les porcs sont des animaux mal choisis pour se prêter à de pareilles recherches, parce qu'ils ont sous la peau un pannicule graisseux qui n'existe généralement pas chez l'homme aux endroits où se pratiquent des opérations restauratrices. Il a été démontré par les observations de M. Simon que, chez l'homme, l'introduction de fils de soie, même imbibés de pus, dans des plaies qui devaient guérir par première intention, n'a point empêché la cicatrisation et le plus souvent n'a pas été suivie de suppuration. Dans les cas où elle en a produit, cet accident n'a déterminé aucune réaction nuisible sur le travail de réparation de la solution de continuité. C'est, du reste, ce que tout le monde a observé dans les opérations autoplastiques, où il arrive fréquemment que des trajets fistuleux suppurent sans détruire la cohésion des surfaces affrontées; c'est encore ce que l'on voit tous les jours dans les ligatures d'artères, qui n'empêchent pas la réunion immédiate, même des parties placées dans leur voisinage. Jobert, dit M. Simon, a guéri des fistules vésico-vaginales, quoiqu'il employât des lacets fort propres à provoquer la suppuration; les Américains ont obtenu des succès plus nombreux, et lui-même est arrivé à de plus beaux résultats

encore que les Américains, non pas à cause de la nature des fils qu'ils ont mis en usage, mais parce que tous se sont servis de moyens plus parfaits que leurs devanciers pour la mise à jour des parois du vagin, l'avivement, la réunion et le traitement consécutif. — Les Américains ont dit que les fils métalliques exposent moins que les autres à la section des tissus et à la formation de petits trajets donnant lieu à des fistules consécutives : c'est là une erreur, d'après M. Simon, car, à égalité de grosseur, ces liens coupent de la même manière que ceux qui sont formés de matières organiques. Quand il se forme des trajets fistuleux primitifs à la suite de la section des tissus par ces moyens de réunion, cela ne dépend pas de leur composition, mais bien de leur striction trop forte, qui est toujours nuisible, et aussi de leur volume. Si des fils viennent à rester dans les tissus après qu'ils ont cessé de couper, il est rare qu'ils forment alors de nouveaux pertuis, et, dans ces circonstances, d'après les observations de l'auteur, la soie n'en produit pas davantage que l'argent, et elle est à peu près aussi peu irritante que lui. — On a encore allégué que les fils de métal, pouvant rester plus longtemps sans inconvénient dans les plaies, ont l'avantage de mieux soutenir la cicatrice et d'aider à l'occlusion de petites ouvertures dont celle-ci peut encore être le siége. M. Simon pense que cette assertion est inexacte : car, dit-il, après trois fois vingt-quatre heures, les anses unissantes ont déjà coupé si profondément les tissus, qu'elles ne peuvent plus fournir aucun appui à la cicatrice; et, pour ce qui est des fistulettes dont celle-ci peut être le siége, comme elles ne peuvent guérir que par la contraction de leurs bords, les ligatures rigides, loin de favoriser cette contraction, ne pourraient que l'empêcher par leur résistance. Il voudrait donc qu'on enlevât, même les fils d'argent, le cinquième ou le sixième jour, sauf dans les cas où la ligne de réunion, étant d'un accès très-difficile, serait

exposée à être tiraillée ou même déchirée pendant l'effort nécessité par l'extraction des points de suture.

En raison de toutes les considérations qui précèdent, M. Simon place donc les fils de soie bien au-dessus de tous les autres agents matériels de rapprochement. Ils sont flexibles, non élastiques, très-solides et se nouent fort bien, même dans des cavités profondes; ce sont là des propriétés que n'ont pas les liens métalliques, qui sont roides et cassants, et qui, devant le plus souvent être introduits à la suite de fils de soie, sont cause d'une prolongation considérable de l'opération. Les fils de fer sont, il est vrai, très-solides et se nouent bien, mais leur emploi est aussi beaucoup plus difficile que celui de la soie. Les crins ont une surface lisse et ne se gonflent pas dans la plaie, mais ils se cassent facilement, et leur élasticité comme leur poli les rendent peu propres à la formation des nœuds. Le fil de Florence ou fil de ver à soie est très-lisse, très-solide, plus que ceux de métal et les crins; mais, comme ces derniers, il peut difficilement être noué, et d'ailleurs il est plus cher. Le fil de soie est donc supérieur à tous ceux-là. M. Simon préfère qu'il soit blanc, parce que les passementiers lui ont dit que celui qui a cette couleur est plus solide. Il le prend de la grosseur d'un gros crin, sauf pour les sutures de quelques grandes fistules où la tension est très-grande et où il emploie de la soie fine double.

Pour placer les fils, M. Simon se sert : 1° d'un porte-aiguille de Roux, modifié par Jobert, mais plus long, et dont la canule est munie d'une plaque plus large; 2° d'aiguilles très-fines, à petite courbure; 3° de petits crochets ou de pinces à érignes.

Chaque bout de fil ayant été introduit dans le chas d'une aiguille, et le porte-aiguille étant armé de celle-ci, il saisit chacun des bords de la plaie avec la pince ou le crochet, et les traverse successivement de dedans en dehors, pour

éviter l'interposition de la muqueuse vésicale entre les lèvres de la plaie et leur renversement en dedans. Aussitôt que les deux extrémités des liens sont sorties, il les noue, pour éviter leur entrelacement. Il procède ensuite au placement des autres fils. Le nœud doit être fait légèrement, et les sutures de détente seules doivent être un peu plus serrées que les autres : on évite ainsi la section des tissus et la formation de petits trajets fistuleux avant que la cicatrisation soit achevée.

L'enlèvement des points de suture se fait du quatrième au septième jour, hormis dans les cas où la fistule est difficilement abordable, et où l'on est quelquefois obligé de les laisser jusqu'au dixième ou douzième jour. Dans cette opération il faut ne rien forcer, et il vaut mieux remettre l'extraction aux jours suivants si elle est laborieuse. L'introduction du spéculum, et quelquefois des leviers lamelliformes, facilite l'opération. Pour saisir et couper les fils, M. Simon se sert d'une longue pince à crochets et de ciseaux longs, droits ou courbés sur le plat.

5° *Traitement consécutif.* — M. Simon supprime les innombrables prescriptions dont il dit qu'on a embarrassé le traitement consécutif. La patiente peut prendre dans son lit la position qui lui convient. Elle urine dans un vase de nuit en se mettant dans l'attitude qui lui est la plus commode, couchée, assise, ou sur les coudes et les genoux. Pour éviter les selles, on ne lui donne, pendant les huit premiers jours, que peu de nourriture; mais on lui permet de boire tant qu'elle le désire. Dans les cas où il survient du ténesme vésical, on administre des doses d'un huitième de grain de morphine, et l'on fait plusieurs fois par jour des injections d'eau tiède dans le vagin. On s'abstient d'injections dans la vessie. Le huitième jour, l'opérée peut quitter son lit, même avant que tous les fils aient été enlevés.

M. Simon, dans le principe, avait employé le cathéter à

demeure dans la vessie. Aujourd'hui il l'a complétement supprimé, excepté lorsque les femmes ne peuvent évacuer volontairement les urines et où il est nécessaire de venir à leur secours par le cathétérisme intermittent. M. Simon allègue les raisons suivantes pour légitimer cette suppression : 1° l'action délétère de l'urine sur les plaies, action si longtemps invoquée pour expliquer l'insuccès des opérations dirigées contre les fistules vésicales, n'existe pas; 2° la distension de la vessie n'est pas nuisible quand les bords de la plaie sont bien réunis; 3° la présence du cathéter dans la vessie exerce souvent une action défavorable sur la cicatrisation. — Il prouve le premier point en disant qu'il a souvent observé que, dans des fistules opérées où il survenait, vers le troisième ou le quatrième jour, un pertuis dans la plaie, les urines, malgré leur contact avec le reste de la cicatrice récente, n'avaient sur elle aucune influence nuisible, et n'empêchaient pas l'ouverture accidentelle de diminuer par la contraction du tissu inodulaire; qu'il a vu un cas où deux fistules existant ensemble, l'une vésico-vaginale et l'autre uréthro-vaginale, la première guérit, quoiqu'elle eût été constamment en contact, par le haut et par le bas, avec le liquide urinaire; que, dans un autre cas, l'urine, poussée entre les lèvres de la plaie par les efforts accompagnant un vomissement, ne compromit en rien la réunion. Il ajoute encore que, dans une fistule recto-vaginale qu'il a observée, la plaie, constamment en contact avec l'urine par suite d'une incontinence, n'en guérit pas moins par première intention; et que, dans plusieurs expériences où il avait humecté avec de l'urine diverses solutions de continuité et même une plaie pénétrante du genou, il constata que celles de ces lésions qui devaient guérir par première intention se cicatrisèrent fort bien comme d'ordinaire, et que celles qui devaient suppurer suivirent leur marche régulière, comme si le topique

liquide ne les avait pas mouillées. — Quant au second point, il fait remarquer que lorsqu'il se servait de la sonde, c'est-à-dire dans ses premières opérations, il a vu des cas où l'urine, amassée dans la vessie en quantité considérable à la suite d'une obstruction du cathéter, n'avait produit aucun effet fâcheux sur la plaie; qu'il en a observé d'autres où les ténesmes vésicaux étaient tellement violents que la sonde était projetée au loin hors de l'urèthre, sans que cet accident, qui forçait à supprimer l'instrument, amenât la déchirure des parties réunies; qu'enfin, il a été témoin de vomissements incoercibles, persistant quelquefois pendant vingt-quatre et trente-six heures après l'administration du chloroforme, et exerçant pendant tout ce temps des pressions considérables sur la vessie et son contenu, et que cependant il n'a eu à regretter aucun changement dans l'état des parties opérées sous l'influence de ces mouvements convulsifs. — Pour ce qui concerne le troisième point, M. Simon rappelle que souvent il survient, après l'opération, des accidents vésicaux que la suppression de la sonde fait cesser, et que maintes fois un bourrelet de muqueuse vésicale s'engage dans les trous de l'instrument, de sorte qu'il devient difficile de l'ôter, et que l'on est forcé, pour y parvenir, de lui faire exécuter un mouvement de rotation qui dilacère nécessairement la paroi de la poche urinaire. — Toutes ces observations ont d'abord engagé M. Simon à ne plus employer que le cathétérisme intermittent. Mais comme il remarqua qu'après quelques jours de ce traitement il survenait encore des accidents, l'introduction fréquente du cathéter finissant par froisser l'urèthre, comme, d'un autre côté, il acquit la conviction que ses aides se relâchaient souvent dans l'exécution de leur devoir, surtout pendant la nuit, il fit le dernier pas, et simplifia le traitement consécutif en supprimant complétement la sonde.

A la fin de son ouvrage, M. Simon rapporte encore sept

nouveaux cas d'opérations de fistules qu'il eut l'occasion de pratiquer pendant qu'il s'occupait de la rédaction et de l'impression de son livre; il en fait suivre la relation d'un résumé statistique semblable à celui qu'il a donné après ses premières observations; enfin, il expose les différentes séries d'expériences dont il a appuyé ses assertions relatives à l'action des divers fils.

Comme je l'ai dit, le travail du chirurgien allemand se distingue surtout par un cachet scientifique que beaucoup d'ouvrages traitant du même sujet n'avaient pas présenté jusqu'alors. Tous les préceptes qu'il renferme sont étayés, non-seulement sur la pratique, mais encore sur des considérations de physiologie pathologique et thérapeutique, et sur des expériences directes qui leur donnent une autorité toute particulière. On conçoit qu'une pareille œuvre ait exercé une forte influence sur beaucoup de compatriotes de l'auteur, et les ait empêchés d'adopter, avec l'empressement et l'enthousiasme qu'on y a mis ailleurs, les nouvelles idées venues de l'Amérique.

Presque immédiatement après la publication de M. Simon, un autre auteur allemand, M. Freund, fit paraître un Mémoire d'une importance à peu près aussi grande, mais qui envisageait la question des fistules à un point de vue tout à fait différent (1). Le chirurgien de Rostock l'avait étudiée sous le rapport de la thérapeutique et surtout de la médecine opératoire, en laissant de côté toute la partie qui se rapporte à l'histoire et à la pathologie proprement dite; celui de Breslau, au contraire, s'attacha principalement à ces deux éléments essentiels du sujet et

---

(1) Wilh. Alex. Freund, *Kurze Geschichte der Urinfisteln des Weibes nebst Beschreibung einer Harnleiter-Gebärmutterfistel*, in Betschler, *Klinische Beiträge zur Gynäkologie*. Breslau, 1862.

glissa plus légèrement sur le traitement de la maladie : de sorte qu'on pourrait dire que ces deux travaux se complètent réciproquement et qu'ensemble ils forment un ouvrage dans lequel tout ce qui concerne les fistules se trouve examiné et approfondi d'après les idées allemandes les plus généralement reçues à cette époque. M. Freund divise son travail en deux parties, l'une *générale* et l'autre *spéciale*. Dans la première se trouve un aperçu plein d'érudition et de détails intéressants sur l'histoire de la fistule uro-génitale, depuis l'antiquité jusqu'au XVIIIe siècle. Dans la seconde, l'auteur abandonne son coup-d'œil d'ensemble pour examiner séparément les causes, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de la maladie. Il rassemble, à leur sujet, les documents épars dans les écrits des temps anciens et modernes, et, tout en les groupant le plus souvent dans l'ordre chronologique, les apprécie et les critique quelquefois, soit en leur appliquant les jugements des maîtres, soit en les mettant en regard de sa propre expérience. C'est surtout aux articles de l'étiologie et de l'anatomie pathologique que l'on rencontre les notions les plus intéressantes et les données les plus neuves et les plus utiles sous le rapport de la pratique. L'auteur y donne la description des particularités anatomiques qu'il a pu constater par la dissection sur des fistules de femmes qui avaient succombé à d'autres maladies, et des renseignements à peu près complets relativement à la manière de se comporter des uretères, tant à l'état normal qu'à cet état pathologique qui les fait entrer directement ou indirectement dans la composition des ouvertures uro-génitales anormales; en outre, on trouve à la fin du Mémoire l'observation d'un cas fort rare, celui d'une fistule urétéro-utérine. Ces détails sont d'autant plus précieux, qu'ils jettent une certaine lumière sur une partie encore

peu explorée du domaine de la pathologie, et qu'ils permettent d'y combler des vides dont l'existence était beaucoup regrettée. Les matériaux bibliographiques abondent dans le travail de M. Freund : tous ceux qui voudront écrire sur la matière dont il traite y puiseront à coup sûr des indications précieuses pour les recherches auxquelles ils pourraient devoir se livrer. Je me plais à dire que j'y ai moi-même eu recours bien souvent pour me guider dans l'examen des faits qui concernent cette esquisse historique, et pour me renseigner sur les opinions des auteurs, ainsi que sur les sources où il convenait de les chercher.

Placé de manière à subir en même temps l'influence des deux courants principaux qui, en ce moment, agitaient l'Europe chirurgicale, M. Herrgott, de Strasbourg, fit paraître une brochure (1) dans laquelle il semblait vouloir opposer les idées de M. Simon à celles qui, en France, commençaient à prendre une direction presque exclusive vers la méthode américaine. Il s'attache, dans cet opuscule, à revendiquer pour Van Roonhuyse l'honneur d'avoir pratiqué la première opération de fistule vésico-vaginale; puis il indique succinctement les travaux de Græfe, Dieffenbach, Nägele, Ehrmann, Deyber, Wützer, Jobert de Lamballe et M. Simon, pour arriver ensuite à un examen des perfectionnements récents. En plaçant parmi ceux-ci les procédés de M. Simon, il les met en regard de ceux des chirurgiens américains, anglais et français. Selon lui, les opinions du chirurgien allemand, tout opposées qu'elles sont à celles de beaucoup d'autres, méritent la plus sérieuse considération, parce qu'elles sont appuyées sur des guérisons très-nombreuses

(1) Herrgott, *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale et Examen de quelques perfectionnements récents dont elle a été l'objet.* Strasbourg, 1864.

et sur de grandes difficultés vaincues. Du reste, l'étude de la pratique des différents chirurgiens dont il examine la manière d'agir, le conduit à adopter : 1° la position pelvi-dorsale de M. Simon; 2° le spéculum univalve, qu'il avait déjà fait confectionner en 1859, ou plutôt qu'il avait confectionné lui-même en modifiant la forme du spéculum plein ordinaire (pour cela, après avoir scié celui-ci en deux, il en avait enlevé la portion supérieure de la partie attachée au manche, de manière à lui donner la forme d'une gouttière courte, mais large); 3° l'emploi de ténotomes pour l'avivement; 4° l'usage, à peu près indifférent pour lui, des fils de soie ou des fils métalliques; 5° la multiplicité des aiguilles à différentes courbures. M. Herrgott ne tire point de conclusions positives de l'exposé qu'il fait du mode d'avivement, des espèces de suture, de la manière de serrer les fils, du cathétérisme consécutif; toutefois il blâme l'usage des plaques de plomb de diverses formes employées comme adjuvants de la suture métallique, et il semble avoir une préférence pour l'avivement américain.

La brochure de M. Herrgott se termine par cinq observations, dont quelques-unes présentent des particularités assez intéressantes. Dans la première, on voit qu'un pertuis, qui a persisté après une première opération, a été guéri à la suite d'une cautérisation faite par le procédé suivant : au moyen d'un petit cautère d'acier, M. Herrgott a appliqué, à un demi-centimètre de l'orifice, un cercle ponctué de boutons de feu, et a attaqué ensuite le reste de la circonférence de l'ouverture. Dans la deuxième observation se trouve exposé un fait d'oblitération spontanée d'une fistule récente au moyen de l'usage de la sonde. Dans la troisième, l'auteur décrit une manière particulière de passer les aiguilles avec le porte-aiguille imaginé par M. Sédillot pour la staphylo-raphie: la fistule, qui a été réduite à l'état d'un pertuis par une première suture, résiste à douze cautérisations et se ferme

enfin après deux nouvelles opérations exécutées, la dernière par M. Herrgott, d'après le procédé américain. Le quatrième cas concerne une femme qui, après avoir été guérie une première fois d'une fistule, en contracta une seconde pendant un nouvel accouchement; celle-ci résista à dix cautérisations avec le fer rouge, et se ferma à la suite d'une seule opération américaine. Enfin, le cinquième fait se rapporte à deux ouvertures vésico-vaginales existant chez la même femme, et qui furent guéries par une seule opération. Pour la pratiquer, M. Herrgott forma une plaie unique d'avivement pour les deux orifices, et, comme dans l'observation précédente, se servit du fil de fer et du refouloir pour les ajuster, ainsi que des grains de plomb pour les fixer.

Dans plusieurs articles publiés par divers recueils périodiques (1), M. Ulrich, de Vienne, donna un exposé de sa manière de procéder et des résultats qu'il en avait obtenus. Il suit, en général, les règles de la méthode américaine, sauf qu'il emploie les fils de soie; mais ce qu'il y a de plus particulier dans sa pratique, c'est qu'il est peut-être le seul en Allemagne qui ait osé adopter, comme le fait M. Simon, l'exclusion du cathétérisme après l'opération (2). Au lieu de se servir des moyens d'exploration ordinaires, il emploie un appareil spécial, qui se compose d'un cercle de fer placé à l'entrée du vagin et maintenu au moyen de bandages. Il ne chloroformise pas, par la raison que l'opération est trop longue, que l'attitude donnée à la femme gêne déjà la respiration, et que la position de l'opérateur l'empêche de surveiller les effets de l'agent anesthésique. —

(1) *Gurlt's Jahresbericht für* 1863-1865, p. 764. — Canstatt's *Jahresbericht,* 1863, p. 305. — *Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Medic. Jahrbücher,* 1863, t. I, p. 154; t. II, p. 3. — Canstatt, 1865. — *Wiener allg. med. Zeitung,* 1865, n° 22.

(2) *Zeitschr. der Gesells. der A. in Wien,* 1863, chap. II, III, IV.

Sur douze opérations que M. Ulrich a pratiquées, il a obtenu neuf succès et une réussite incomplète; il n'a échoué que deux fois.

Une thèse, composée par M. Henri de Montmolin, de Zurich (1), rend compte de cas opérés par M. Billroth et dans lesquels, sur cinq fistules, il y eut quatre guérisons. Il attire surtout l'attention sur un cas où un fil de fer, laissé dans la plaie, passa dans la vessie et y devint le noyau d'un calcul qu'il fallut extraire par une incision faite au sphincter vésical.

M. Edmond Rose exposa, dans un journal de Berlin (2), la méthode employée par M. Wilms. Cet habile chirurgien donne à la malade un purgatif la veille de l'opération, la chloroformise dans la position de l'opération de la taille, et dilate le vagin en même temps avec le spéculum de M. Sims et avec les dépresseurs latéraux de M. Simon. L'avivement est pratiqué de manière que le bord vésical ne soit pas touché et que la surface saignante soit le plus large possible (il lui donne quelquefois jusqu'à un pouce d'étendue). Pour parvenir à faire une résection régulière, on peut tracer d'abord, avec le scalpel, la limite de la plaie à établir; on enlève alors les tissus ainsi circonscrits avec des ciseaux coudés. Quand l'écoulement du sang est bien arrêté, ce qu'on favorise, s'il le faut, au moyen d'injections d'eau glacée pratiquées avec le clysopompe dans le vagin et dans la vessie, et quand on a acquis la certitude que la surface de la plaie est bien lisse, on place les fils. Ceux-ci sont introduits de dedans en dehors à travers les lèvres de la

---

(1) H. de Montmolin, *De la fistule vésico-vaginale*, Thèse inaugurale de Zurich. Neuchâtel, 1864, — et *Gurlt's Jahresbericht*, 1863-1865, p. 768.

(2) *Annalen des Charité Krankenhauses zu Berlin*, t. XI.

fistule, sans intéresser la muqueuse vésicale. Il est préférable d'en commencer le placement par la lèvre antérieure et par son extrémité gauche. Quand ils sont sortis des deux bords, on les noue légèrement à leur extrémité pour empêcher qu'ils ne se confondent avec les suivants. Ceux-ci sont successivement engagés à deux lignes environ de distance l'un de l'autre, et à trois lignes de la circonférence de la plaie. Ce second temps de la manœuvre achevé, on nettoie les parties avec de l'eau glacée, puis on pratique la torsion au moyen de l'instrument de Lutter ou de Græfe. Après l'opération, on répète encore une fois l'injection dans la vessie, et s'il sort un peu de liquide par un point de la plaie (chose que M. Rose n'a jamais observée), on bouche le pertuis en appliquant un nombre suffisant de sutures superficielles, soit en fil de soie, soit en fil d'argent. Une sonde élastique à grands yeux, de grosseur moyenne, est introduite dans la vessie et maintenue au moyen d'emplâtres ou d'un bandage abdominal. La malade est placée dans son lit les cuisses fléchies et les genoux liés ensemble. On administre deux fois par jour un sixième de grain de morphine, et, pour régime, on donne d'abord du bouillon, puis des œufs. Après la première semaine, on change la sonde et l'on enlève les points de suture qui sont relâchés.

M. Wilms emploie les fils d'argent et les préfère aux fils de fer et aux fils organiques, parce qu'il croit que les premiers, en s'oxydant, exposent davantage à la suppuration, et que les autres produisent le même effet en s'imbibant de pus. Il est d'avis que la torsion des fils est le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie; quant à la sonde, il la juge indispensable, et M. Rose fait remarquer que la seule opération à la suite de laquelle on eut recours au cathéter placé toutes les deux heures, échoua. Les femmes et les jeunes filles supportent du reste mieux la sonde que les hommes.

M. Rose rapporte dans son Mémoire vingt-deux faits cliniques. La statistique qu'il donne des opérations de M. Wilms est très-satisfaisante, puisque, sur dix-sept cas ayant nécessité vingt et une opérations, il y eut treize guérisons, un échec et un succès incomplet. Deux malades, affectées de pertes de substance très-étendues, durent subir l'oblitération du vagin.

La lecture du travail de M. Rose prouve suffisamment qu'il ne partage nullement les idées de M. Simon, pas plus que M. Wilms. Ainsi, il se prononce d'une manière catégorique contre les sutures à détente ou relâchantes (*Entspannungsnähte*) de ce chirurgien, et les accuse de produire des déchirures et des inflammations suppuratives et phlegmoneuses. Dans un autre passage, il cherche à démontrer la supériorité du mode de réunion employé par M. Wilms sur celui de M. Simon, par ce fait que le premier de ces opérateurs a pu réussir à oblitérer de grandes fistules pour lesquelles le chirurgien de Rostock avait jugé l'occlusion du vagin nécessaire.

M. Otto Spiegelberg, de Königsberg, opéra des fistules d'après le procédé de M. Simon, avec cette modification toutefois qu'il se servit de fils de fer, et suivit le traitement américain pour ce qui concerne les soins consécutifs. Il a publié dix cas qu'il a traités de cette manière (1). Sur ces dix opérations, il a obtenu sept succès, dont deux par oblitération vaginale, et il a échoué trois fois par suite de la persistance d'un trajet fistuleux.

En Russie, M. Heppner a suivi la méthode américaine. Il adopte cependant la position coccygienne, quelquefois celle sur les genoux, surtout dans les fistules profondes. En cas de nécessité, il abaisse l'utérus, d'après la recomman-

---

(1) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1865, p. 365.

dation de M. Simon, en passant des fils à travers le col de cet organe. Quand la lumière solaire fait défaut, il se sert d'un miroir concave à orifice central renvoyant les rayons lumineux d'un photogène placé à côté de la cuisse gauche de la patiente. Après l'opération, il laisse la sonde à demeure, et quelquefois, au lieu d'injections vaginales ordinaires, il emploie les irrigations permanentes. Parmi les cas qu'il rapporte, il en cite qui appartiennent à la clinique de M. Von Kieter. Dans ceux qui lui sont propres, on en remarque un dans lequel, ayant affaire à deux fistules, l'une vésico-vaginale et l'autre uréthro-vaginale, séparées par un tissu cicatriciel de cinq millimètres de largeur, il réunit le bord supérieur de la fistule vésico-vaginale avec le bord antérieur du vagin, en passant au-dessous de l'orifice uréthro-vaginal. Les observations de ce praticien furent publiées à plusieurs reprises dans différents recueils (1). — M. Sawostitzky, de Moscou, a donné l'histoire des opérations faites par lui-même et de celles qu'il a observées dans les services de ses collègues, de 1852 à 1863 (2). Il résulte de la statistique qu'il a faite à ce sujet que M. Pagenkopf, sur vingt-trois cas, a obtenu seize guérisons, a échoué cinq fois et perdu deux malades; que lui-même, sur vingt cas, a eu seize succès, un insuccès et trois morts; que M. Bassoff, sur deux cas, a réussi une fois; qu'enfin MM. Popoff et Novatzki ont opéré chacun une fistule et en ont produit l'oblitération complète.

En Italie, la méthode américaine fut appliquée avec

---

(1) *Drei Operationsfälle der Blasenscheidenfisteln* (*Petersburg med. Zeitschrift*, 1862, t. IV). — *Id.*, 1864, t. VII, p. 232; et 1865, t. IX, p. 157.

(2) *Ueber die Behandlung der Harnfisteln bei den Frauen* (*St-Petersb. m. Zeitschr.*, 1864, t. VI, p. 118).

avantage par M. Peruzzi (1), M. Mazzoni, de Rome (2), et par Bottini (3). Mais elle a échoué fréquemment entre les mains de MM. Burci, Landi, Palasciano et autres. Ces revers ont fait revenir un certain nombre de chirurgiens à l'ancienne méthode des caustiques. Dans un travail inséré dans un recueil périodique (4), M. Rizzoli a publié les résultats obtenus par lui-même et par plusieurs de ses anciens élèves, MM. Lesi, Belvederi, Crescimbeni et Belluzzi, au moyen de l'application, unique ou plusieurs fois répétée, de la cautérisation avec le fer rouge. C'est un contraste surprenant, après toutes les preuves d'efficacité données au monde entier par la suture, après les centaines de guérisons enregistrées déjà comme résultats de l'application de la méthode américaine, de voir l'Italie reporter ses vues et ses espérances vers la pratique des temps antérieurs. Plus grand encore est l'étonnement quand on constate que quelques-uns des chirurgiens de ce pays, s'engageant beaucoup plus loin dans cette voie, semblent chercher à réduire à néant le rôle de la chirurgie active dans le traitement des fistules, et à lui substituer des moyens pris tout à fait en dehors de ses ressources ordinaires. On pourra juger de cette singulière tendance par l'analyse que je vais donner de l'ouvrage qu'a publié depuis peu M. le professeur S. Giordano, de Turin (5).

Dans cet ouvrage, qui se distingue par des qualités incontestables, mais surtout par une grande originalité, M. Giordano, après plusieurs considérations anatomico-

---

(1) *L'Ippocratico,* 1864, p. 45.

(2) *Id.*, 1865.

(3) *Annali univ. di Medicina.* Milan, 1867.

(4) *Bullettino delle scienze mediche di Bologna,* 1867, p. 226.

(5) Scipione Giordano, *Della perdita involontaria d'orina per fistola genito-orinaria.* Torino, 1868.

pathologiques, étiologiques, diagnostiques et pronostiques généralement fort judieieuses, s'oeeupe du traitement des fistules et le divise en *chirurgical* et en *statique.* Il passe en revue tous les moyens qui rentrent dans la première division, rejette la sonde à demeure avee la position horizontale, la compression, la réunion par les instruments unissants, dont il voudrait ne eonserver que les serres-fines pour les petites fistules, doute de l'utilité de l'autoplastie, et ne témoigne de l'indulgenee, et une indulgenec très-restreinte, que pour la cautérisation, la suture amérieaine, le procédé de M. Duboué et l'oblitération vaginale. Pour ce qui eoneerne la cautérisation, on s'aperçoit qu'il a pour elle moins d'antipathie que pour les autres moyens chirurgieaux : il dit que les eaustiques réussissent assez bien quand il s'agit de petits orifiees, surtout quand eeux-ei oeeupent l'urèthre, mais que ces agents ne valent pas le fer rouge et l'électrocaustie. Ces derniers moyens, dit-il, eonstituent les meilleurs des astringents : ils eréent et ne détruisent pas, épaississent les bords de l'ouverture et les ravivent sans laisser entre eux un eorps intermédiaire suseeptible d'empêeher la réunion. La suture, selon lui, ne peut être appliquée que dans des fistules vésico et uréthro-vaginales ou dans eelles qui sont récentes. Quant à l'oblitération vaginale, il se demande si elle a jamais guéri un seul cas de fistule.

Après eette revue, M. Giordano dit nettement que, dans le traitement ehirurgical des fistules vésico-vaginales, l'insueeès est la règle et la réussite l'exeeption. Cela provient, dit-il, de ee que l'on a trop négligé le grand prineipe qui doit y présider, à savoir, de rendre avant tout aux urines leur cours naturel. C'est, selon lui, le maintien de la femme dans la position horizontale ou verticale qui entretient la fistule et qui fait et fera toujours éehouer le plus grand nombre des traitements direets exelusive-

ment opératoires. Pour obtenir la guérison, *au lieu de fermer la fistule pour mettre obstacle à la perte de l'urine, on doit tout d'abord empêcher la perte de l'urine pour oblitérer la fistule.* A cet effet, il faut intervertir l'orientation de l'appareil génito-urinaire et faire de la paroi antérieure de la vessie son bas-fond, en plaçant la femme sur le ventre : c'est précisément cette indication qui constitue le point fondamental de ce qu'il nomme le *traitement statique.* Pour la remplir convenablement, il a imaginé un lit avec table, sur lequel la patiente peut être couchée ou simplement s'appuyer, et qui lui permet tout à la fois de se reposer, de changer de place, de lire et de travailler. Ce lit est muni d'un appareil destiné à pratiquer dans la vessie des injections continues, qui doivent rendre et conserver à l'organe sa capacité normale, précaution que l'auteur considère comme étant d'une haute importance. A ces moyens principaux il recommande d'ajouter quelques injections dans le vagin, l'introduction de poudres astringentes, etc., et, dans certains cas de perte de substance considérable, il concède l'addition des opérations qu'on pourra juger nécessaires. Mais, pour lui, la condition essentielle de la réussite, celle qui domine toutes les autres, c'est toujours la position suffisamment prolongée sur la région antérieure du corps (1).

Le traitement statique de M. Giordano est resté chez lui à l'état de simple conception théorique. Il ne l'a appuyé sur aucune observation clinique; il se borne à citer en sa faveur quelques expérimentations faites sur des cavales, et d'où il résulte que les lésions de la cloison vésico-vagi-

---

(1) *Bullettino delle scienze mediche di Bologna,* janvier 1868, pp. 66 et suivantes.

nale produites chez ces animaux se guérissent avec la plus grande facilité, à cause de la direction horizontale et de la position déclive de la partie antérieure de leur vessie. M. Rizzoli, de Boulogne, s'est chargé d'en faire l'essai sur la femme, et il paraît qu'il en a obtenu quelques avantages dans un cas de fistule dont il avait commencé le traitement par sa méthode habituelle, c'est-à-dire par la cautérisation avec le fer rouge.

Revenons maintenant à l'occident de l'Europe, et voyons ce qui s'y est passé dans le monde chirurgical depuis l'importation de la méthode américaine.

La thèse de M. d'Andrade avait été faite en vue de mettre spécialement en lumière le procédé de M. Bozeman. Sans nier que M. Sims fût le principal inventeur de la méthode américaine, l'auteur, dont on ne peut suspecter la bonne foi, mais qui n'avait probablement pas encore vu pratiquer l'opération de ce dernier chirurgien, avait disposé son travail de telle façon, qu'en le lisant il était impossible de ne pas accorder une supériorité marquée à la pratique de M. Bozeman. Une réaction en sens contraire se produisit après le voyage de M. Sims en Europe, et elle donna lieu à la publication d'une nouvelle thèse, celle de M. Monteros (1). Déjà un travail du même genre avait été publié par M. Nafilyan (2). M. Monteros acheva cette espèce de réparation tardive en donnant à la méthode de M. Sims tout le relief, toute la prépondérance à laquelle elle pouvait prétendre. Mais le travail de cet auteur ne se borna pas à poursuivre ce but : il s'attacha aussi à faire mieux connaître en France les idées des

---

(1) José E. Monteros, *Du traitement des fistules urinaires chez la femme.* Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1864.

(2) A. G. Nafilyan, Thèse citée. Paris, 1862.

chirurgiens allemands sur le traitement des fistules, et surtout à exposer les plus remarquables d'entre elles, celles de M. Gustave Simon. Ensuite, comme il avait été frappé de cette réflexion de M. Nélaton (1), qu'il y aurait quelque importance à savoir dans quelles circonstances et jusqu'à quelle époque les fistules vésico-vaginales peuvent se guérir spontanément (quelques guérisons de ce genre ont été constatées par plusieurs observateurs et par lui-même), afin d'être bien fixé sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale, il chercha à élucider aussi cette question. Enfin, il crut qu'il serait bon de recueillir dans un même ouvrage la plupart des matériaux publiés déjà sur le traitement des fistules, et, pour en rendre la comparaison facile, de grouper les unes à côté des autres les méthodes principales et les observations faites sur cette importante matière.

Pour arriver à ces résultats, M. Montcros divise sa thèse en trois parties. Dans la première, il examine le problème de la guérison spontanée des fistules, les moyens qu'on a employés pour la favoriser, et surtout la cautérisation et l'emploi des instruments unissants. Dans la deuxième, il étudie le traitement des fistules fondé sur des opérations sanglantes, examine les complications qui exigent quelquefois des traitements chirurgicaux préliminaires, et décrit quatre méthodes principales, comprenant la pratique : 1° de Jobert, 2° de M. Simon, 3° de M. Sims, 4° de M. Bozeman. Dans la troisième, il fait l'appréciation des différents procédés opératoires dans leurs divers temps et d'après les résultats qu'ils ont donnés.

La première partie est basée sur vingt-sept observations, dont quinze, qui sont relatives à des guérisons

(1) Nélaton, *Éléments de Pathologie chirurgicale,* 1859, t. V, p. 507.

spontanées plus ou moins évidentes et complètes, appartiennent à Stalpaert Van der Wiel, Fabrice de Hilden, Elsässer, Verneuil, Depaul, Nélaton, Danyau, Bontemps, Debout, Maruéjouls, Desault, Chopart, William Cumming, James Guthrie et Aubinais. Dans ces observations, la cure s'est effectuée, soit par la simple expectation et la position, soit par l'emploi de la sonde à demeure, par l'usage d'un pessaire à air, par le tamponnement et la sonde réunis. Considérant l'intervalle qui a pu s'écouler entre l'accouchement et certaines guérisons spontanées de ces fistules, intervalle qui, pour quelques-unes d'entre elles, a été de cinq à huit mois, l'auteur recherche l'époque où, la guérison spontanée étant reconnue impossible, l'opération se trouve indiquée. Il expose à ce propos les opinions de MM. Nélaton, Verneuil, Sims, Baker-Brown. Cette étude le conduit en même temps à celle du temps qu'il convient de mettre entre chaque opération. — Dans les vingt-sept opérations qu'il cite, il y en a sept de guérisons par la cautérisation, qui appartiennent à Dupuytren, Delpech, et à MM. Nélaton et Dolbeau, et une où il est question d'une application de galvanocaustie par M. Nélaton, qui, dit-il, employait déjà ce moyen en 1850. A propos de ces observations, M. Monteros passe en revue les préceptes de Dupuytren, Delpech, Velpeau, Jules Cloquet sur la cautérisation au fer rouge, ceux de M. Nélaton et de Debout sur la galvanocaustie, le mode d'application du nitrate d'argent conseillé par M. Nélaton, celui de la teinture de cantharides employé par Dieffenbach, l'usage de l'ammoniaque liquide et de la teinture d'iode recommandé par M. Verneuil. Il s'occupe ensuite de l'époque à laquelle il convient de pratiquer les cautérisations et des intervalles qu'on doit laisser entre chacune d'elles. — Les cinq dernières observations, qui sont de Debout, de MM. Bertet, Desgranges et Chatelain, se rapportent, les quatre pre-

mières à des cas de guérisons obtenues par des serre-fines et des pinces vaginales, et la cinquième à un cas d'insuccès après l'opération au moyen de pinces à griffe et à coulisse.

Dans la deuxième partie, l'auteur examine d'abord les complications qui peuvent exiger des opérations préliminaires, sanglantes ou non. Il étudie successivement : 1° les rétrécissements de l'urèthre, son oblitération et les adhérences de la vulve et du vagin, pour le traitement desquelles il indique en peu de mots les moyens recommandés par Jobert et par M. Sims; 2° l'oblitération du col utérin, à propos de laquelle il expose les opinions de Jobert et de MM. Verneuil, Bozeman et Sims; 3° la cystocèle vaginale et la hernie de la vessie, qu'il ne fait qu'effleurer; 4° la grossesse envisagée au point de vue de la contre-indication à l'opération, question où il rappelle les opinions contradictoires de MM. Sims et Deroubaix; 5° les pertes de substance considérables, pour lesquelles l'indication de l'oblitération transversale du vagin peut être nécessaire (Simon). — M. Monteros donne ensuite la description détaillée des quatre procédés principaux, dont il rend compte d'après l'ouvrage de Jobert (*Chirurgie plastique*), celui de M. Simon, la thèse de M. Nafilyan, le mémoire de M. Deroubaix et la thèse de M. d'Andrade.

Dans la troisième partie, M. Monteros reprend chacun des temps des quatre procédés principaux qu'il a décrits dans la deuxième, et les discute en reproduisant la plupart du temps les raisonnements des inventeurs eux-mêmes. Puis il expose la statistique et fait l'appréciation analytique des résultats obtenus par les quatre modes de traitement; il donne la traduction de toutes les observations rapportées par M. Simon dans son ouvrage de 1862; il reproduit des observations de Jobert, Foucher, de MM. James R. Lane, Guerlain et Baker-Brown; deux cas

d'opérations pratiquées par M. Sims dans les services de MM. Nélaton et A. Richard; et deux autres de fistules traitées d'après le procédé Sims par M. Nélaton lui-même. Enfin, l'auteur donne à la fin de son ouvrage des tableaux synoptiques comprenant tous les cas parvenus à sa connaissance et concernant des fistules vésico-vaginales où les quatre procédés principaux ont été appliqués.

Cette thèse volumineuse, qui est surtout un travail de compilation assez complet, rendit le service d'appeler, comme l'auteur l'avait évidemment désiré, l'attention sur la possibilité de la guérison spontanée des fistules après l'accouchement, de produire en France, au moment où le mémoire de M. Herrgott le faisait de son côté, la méthode de M. Simon, et de rassembler une grande quantité de détails similaires éparpillés dans un nombre considérable d'écrits : c'était là une besogne assez utile et assez longue, dont il est juste de savoir gré à l'auteur.

De 1858 à 1862, la plupart des chirurgiens qui avaient adopté les idées américaines s'étaient attachés au procédé Bozeman ou à ses modifications. C'était effectivement le seul qui, à cette époque, fût parfaitement connu dans tous ses détails : et c'est là la raison pour laquelle on a vu MM. Verneuil, Baker-Brown, Simpson et Follin opérer d'après les indications données par ce chirurgien. Mais lorsque M. Sims fut venu sur l'ancien continent, une scission s'opéra parmi les partisans de la nouvelle méthode, les uns restant fidèles aux premières impressions qu'ils avaient reçues de la pratique de M. Bozeman, les autres abandonnant les modifications de l'élève pour revenir à l'opération fondamentale du maître. En même temps on vit apparaître une troisième classe d'opérateurs : c'était celle des praticiens qui, frappés des avantages de certains temps de l'opération, cherchaient à les rendre encore plus parfaits, et de ceux au contraire qui, ayant eu à s'en

plaindre, se décidaient ou à les supprimer, ou à en rendre l'application plus commode et plus facile. Ce sont ces diverses dispositions d'esprit que l'on va constater dans l'histoire qui me reste encore à faire du traitement de la fistule uro-génitale.

J'ai déjà parlé (p. 129) des premiers chirurgiens qui ont employé ou modifié le procédé de M. Bozeman. On peut voir, dans les ouvrages ou les recueils périodiques de ce temps, les expérimentations faites dans ce sens par MM. Baker-Brown, Brickell, Wallace, Pollock, Atlee, Eben-Watson, Simpson, Verneuil, et par Follin et Foucher (1). Ces praticiens furent suivis de près par MM. Desgranges, Berne, Foltz, Bourguet, Rames, Guerlain, Clément Olivier, etc. (2). En même temps quelques opéra-

---

(1) Baker-Brown, *On vesico-vaginal fistula*. London, 1858.— *On vesico-vaginal fistula, illustrating a new mode of operation* (*The Lancet*, 1859). — *Diseases of women*. London, 1861. — Brickell, *New-Orleans medical news and hospital Gazette*, 1858, n° 9, p. 578. — Wallace, *The Glasgow med. Journ.* 1857-1858, t. V. — Pollock, *Medical Times and Gazette*, 1859. — Atlee, *The American Journal*, 1860, p. 67. — Eben Watson, *Medical Times and Gazette*, 1860, p. 616. — Simpson, *Clinical lectures on the Diseases of women; on vesico-vaginal fistula* (*The Lancet*, 1859). — Verneuil, *Thèse de M. d'Andrade*, 1860, p. 53. — *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1860-1861, t. XXVI, p. 173; *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1861, 2e série, t. II, p. 435.— Follin, ouvrage cité, pp. 30 et 47; *Archives de médecine*, avril et mai 1860. — Foucher, *Thèse de M. d'Andrade*, 1860, p. 39; *Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 24 juillet 1861, p. 438; *Gazette médicale*, 1862, p. 135.

(2) Desgranges, *Gazette des Hôpitaux*, 1861, n° 40, p. 157. — Berne, Foltz, *Gazette médicale de Lyon*, 1862, p. 284, et 1863, p. 511.—Bourguet, d'Aix, *Bulletin général de Thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 72. — Rames, d'Aurillac, *Gazette des Hôpitaux*, 1862,

teurs, adoptant les idées de M. Sims sur les fils métalliques, et considérant ces moyens de réunion comme une des principales causes des succès des Américains, firent des expériences comparatives directes, soit sur des animaux, soit sur l'homme, pour en prouver la supériorité et en étendre l'emploi dans la pratique chirurgicale. M. Simpson (1), M. Letenneur, de Nantes (2), et surtout M. Ollier (3), s'occupèrent de cette grave question, dont la solution était si intimement liée à celle du traitement des fistules et devait avoir une influence si considérable sur l'appréciation de la nouvelle méthode. Les conclusions favorables de ces auteurs peuvent être mises en opposition avec celles de Malgaigne et de M. Simon, dont il a été question plus haut (pp. 137 et 156), et qui sont tout à fait contraires aux fils métalliques.

D'autres chirurgiens, jugeant qu'une des conditions principales de la bonne exécution de l'opération américaine consiste dans l'exposition convenable de la fistule, recherchèrent les moyens d'y arriver avec facilité. M. Verneuil indiqua, dans deux excellents articles du *Bulletin de Thérapeutique* (4), une série d'expédients propres à mettre convenablement la fistule au jour, surtout dans les cas difficiles; M. Bourguet, d'Aix, proposa d'ajouter aux indications de M. Verneuil l'usage d'une bougie, engagée dans la vessie et retenue par un lacs. Celui-ci est d'abord introduit, au moyen d'une sonde de Bellocq, par l'ouverture anormale dans la poche urinaire et l'urèthre, fixé à la

---

n° 90, p. 358. — Guerlain, de Saint-Omer, *Thèse de M. Monteros*, 1864, p. 200. — Clément Olivier, *Gazette des Hôpitaux*, 1861, n° 146, p. 582.

(1) *Medical Times and Gazette*, 1859, t. I, p. 3.

(2) *Gazette médicale*, 1862, p. 102.

(3) M. Ollier, *Des Sutures métalliques, etc.* Paris, 1862.

(4) *Bulletin de Thérapeutique*, 1862, t. LXII, pp. 442 et 497.

bougie, et retiré avec elle jusqu'au niveau de la fistule, qu'une simple traction avec le cordonnet sortant par le vagin et la vulve abaisse et met parfaitement à découvert (1). Foucher, qui communiqua ce nouvel expédient à la Société de Chirurgie, conseilla, de son côté, de porter dans la vessie, par la fistule, une petite ampoule de caoutchouc, qu'on insufflerait à l'aide d'une canule métallique munie d'un robinet (2).

Le revirement en faveur de l'opération de M. Sims s'accentua bientôt avec force, à partir de 1861. M. Verneuil, dans une séance de la Société de chirurgie (3), déclara qu'il donnait la préférence à ce procédé, qu'il avait vu mettre en usage par l'inventeur et qui est, selon lui, plus expéditif que celui de M. Bozeman. Morel-Lavallée rapporta à la même Société (4) un cas d'opération pratiquée par lui d'après les préceptes du chirurgien de New-York, et fit suivre sa communication de quelques réflexions, dans lesquelles il exprimait l'opinion qu'il vaut mieux traverser en une fois les deux lèvres de la plaie que de les attaquer successivement. Jarjavay annonça aussi à cette assemblée que M. Sims avait, dans son service, opéré avec succès une fistule (5). M. Liouville publia une leçon donnée par M. Sims (6). Enfin, MM. Nélaton, James R. Lane, Pize, Foucher, Deroubaix (7) et d'autres encore appliquèrent la

---

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 72.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1862, n° 40, p. 359.

(3) *Id.*, 1861, n° 120, p. 479.

(4) *Id.*, 1862, n° 28, p. 111.

(5) *Id.*, 1863, n° 143, p. 571.

(6) *Id.*, 1861, n° 138, p. 549.

(7) Nélaton, *Id.*, 1862, n° 22, p. 85, — et *Thèse de M. Monteros*, pp. 196 et 199. — James R. Lane, *The Lancet*, 1864, t. I, p. 207. — Pize, *Gazette des Hôpitaux*, 1863, n° 149, p. 596. — Foucher,

méthode de M. Sims et firent connaître les résultats qu'ils en avaient obtenus.

M. Pize, qui avait d'abord opéré en suivant les errements de M. Bozeman, mais qui ensuite avait adopté la pratique de M. Sims, publia et soumit à la Société de Chirurgie une observation (1), surtout intéressante en ce sens que trois opérations avaient été successivement faites *immédiatement* après trois insuccès, sur la même fistule, et qu'un pertuis, qui persistait encore, avait été guéri par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent. Cette communication amena la Société à discuter la question des opérations secondaires, prématurées ou tardives.

Dans un voyage qu'il fit en Angleterre, M. Courty vit les praticiens de ce pays suivre, dans l'application de la méthode américaine, des procédés tellement différents, tout en obtenant cependant à peu près les mêmes succès, qu'il se demanda s'il n'y avait pas dans ce traitement des inutilités dont on pourrait se dispenser avec avantage. Dans une lettre adressée à M. Bouisson, de Montpellier, il exprimait cette idée (2), qui fut sans doute l'origine de l'espèce d'esprit d'indépendance dont il fit preuve dans l'exécution de ses propres opérations. Les résultats qu'il en obtint furent des plus brillants, plus brillants peut-être que ceux d'aucun autre chirurgien, car sur quinze malades il eut quinze succès. M. Courty publia la première série de ces cas dans la *Gazette des Hôpitaux* (3), en y joignant sa manière de procéder. Cette pratique, qu'il développa plus tard dans

---

Id., 1865, n° 10, p. 38. — Deroubaix, *Observations cliniques et critiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale, etc.*, 1863, in *Mémoires de l'Académie royale de Médecine de Belgique.*

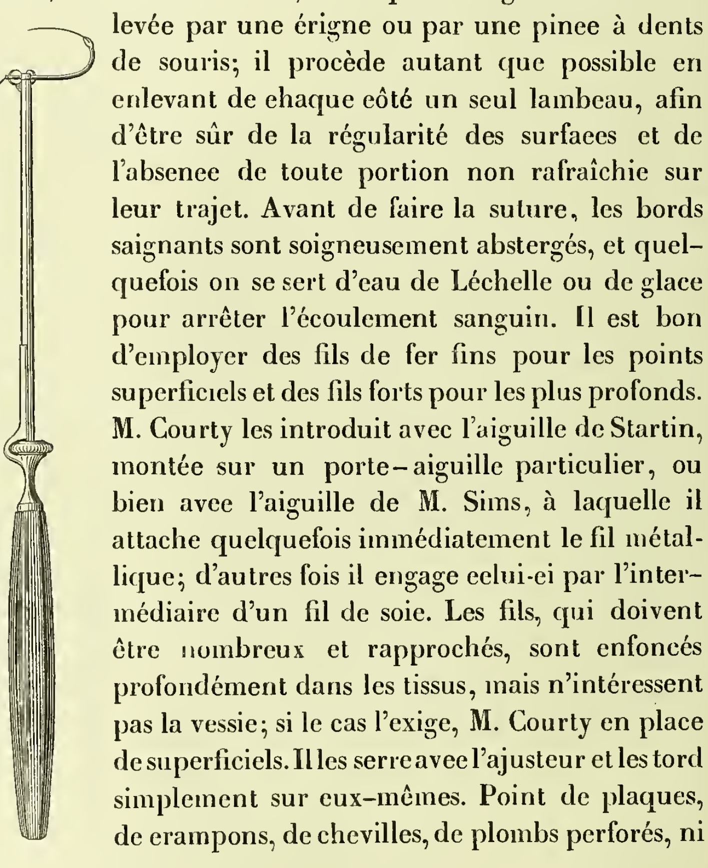
(1) *Gazette des Hôpitaux,* 1865, n° 42, p. 166.

(2) *Gazette hebdomadaire,* 1863, t. X, p. 619.

(3) *Gazette des Hôpitaux,* 1865, n° 122, p. 487, et n° 123, p. 490.

un autre ouvrage (1), consiste dans le traitement suivant :

Avant d'opérer, l'auteur prépare la femme par les toniques, des bains de siége, une purgation la veille, et un lavement le jour même. Il la place sur le dos, dans la position pelvi-sacrée, et la chloroformise. Il pratique l'avivement avec de petits couteaux droits coudés, ou avec des ciseaux droits, coudés ou courbes, la muqueuse vaginale étant soulevée par une érigne ou par une pince à dents



de souris; il procède autant que possible en enlevant de chaque côté un seul lambeau, afin d'être sûr de la régularité des surfaces et de l'absence de toute portion non rafraîchie sur leur trajet. Avant de faire la suture, les bords saignants sont soigneusement abstergés, et quelquefois on se sert d'eau de Léchelle ou de glace pour arrêter l'écoulement sanguin. Il est bon d'employer des fils de fer fins pour les points superficiels et des fils forts pour les plus profonds. M. Courty les introduit avec l'aiguille de Startin, montée sur un porte-aiguille particulier, ou bien avec l'aiguille de M. Sims, à laquelle il attache quelquefois immédiatement le fil métallique; d'autres fois il engage celui-ci par l'intermédiaire d'un fil de soie. Les fils, qui doivent être nombreux et rapprochés, sont enfoncés profondément dans les tissus, mais n'intéressent pas la vessie; si le cas l'exige, M. Courty en place de superficiels. Il les serre avec l'ajusteur et les tord simplement sur eux-mêmes. Point de plaques, de crampons, de chevilles, de plombs perforés, ni

(1) A. Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1866.

de boutons à double trou, qui ne font, selon lui, que nuire à l'affrontement. Après l'opération, on fait des injections dans le vagin avec de l'eau tiède ou froide ou du coaltar saponiné, pour éviter toute leucorrhée, toute suppuration. Dans les cas ordinaires, on n'emploie point de sonde à demeure, et l'on se contente de pratiquer le cathétérisme toutes les trois ou quatre heures; encore est-il arrivé que plusieurs malades ont uriné seules sans inconvénient. Les fils sont enlevés du cinquième au dixième jour, tous à la fois ou successivement. Les premiers jours après l'opération, l'abstinence la plus rigoureuse est observée. S'il y a ténesme vésical, on administre la belladone associée à l'opium. Ce dernier médicament est, du reste, prescrit en vue du calme, du sommeil, et pour maintenir la constipation jusqu'au huitième jour, époque à laquelle on fait passer un lavement pour délayer les matières fécales.

Il y a dans la conduite chirurgicale de M. Courty un parti pris qui s'y manifeste à chaque instant : c'est celui de ne suivre aucune méthode, aucun procédé d'une manière absolue, de se guider d'après les circonstances et de prendre partout ce qu'il considère comme le meilleur, en délaissant ce qu'il y a de superflu ou de dangereux. Sa pratique est éclectique et s'adresse, bien entendu, aux procédés modernes; cependant elle tend à se rapprocher beaucoup plus de celle de M. Sims que de toute autre.

Une observation extrêmement remarquable, plutôt par l'usage d'une nouvelle tentative opératoire que par ses rapports avec la méthode américaine, fut publiée en 1864 par M. Baker-Brown (1). Ce praticien, ayant eu affaire à une double fistule vésico et recto-vaginale, compliquée d'une oblitération partielle du vagin et de l'absence complète

---

(1) *Gazette Médicale*, 1864, p. 240.

du col vésical et de l'urèthre, avait d'abord dilaté le vagin par deux incisions latérales et un tamponnement énergique; ensuite il avait agi, avant d'aller plus loin, sur la fistule recto-vaginale; mais, deux opérations successives n'ayant pas réussi à obturer un pertuis qui y persistait, il avait passé outre et procédé à l'avivement et à la suture de l'ouverture vésico-vaginale, après avoir fait un nouveau canal de l'urèthre au moyen d'une ponction pratiquée sous le pubis avec un petit trocart. Cette dernière manœuvre avait été très-difficile, parce qu'il restait fort peu de parties molles sous l'arcade osseuse, et M. Baker-Brown avait même dû s'écarter de la ligne médiane pour trouver la substance nécessaire. Il avait placé dans le nouveau canal une sonde maintenue au moyen de l'instrument de Philip Harper. La cicatrisation se fit bien, sauf en un point où persista une fistulette qui fut opérée avec succès; une dernière opération guérit aussi le pertuis de la fistule recto-vaginale. La sonde ne resta dans le nouveau canal qu'un peu plus de vingt-deux jours, et quand elle fut retirée, l'opérée récupéra la faculté de retenir ou d'évacuer à volonté ses urines et ses matières fécales.

Dans une communication faite à la Société Obstétricale de Londres, dans sa séance du 4 mai 1864, M. Meadows insista sur les avantages des points de suture nombreux et sur l'utilité qu'il y a à permettre aux femmes de se lever et de circuler après l'opération de la fistule (1).

M. Horand, interne des hôpitaux de Lyon, exposa la pratique qu'y suivait M. Desgranges. Ce praticien n'emploie pas de chloroforme, place la malade sur les coudes et les genoux, fait l'avivement à l'américaine et procède à l'introduction des fils, qui sont de préférence d'argent, au

---

(1) *The Lancet*, 1864, t. II, p. 40.

moyen de l'aiguille de Startin. Avant de les fixer, on sèche bien la plaie, chose très-importante, et, s'il le faut, on arrête le suintement sanguin avec de la glace. Cela fait, on pratique la suture moniliforme, qui est la seule à l'emploi de laquelle se soit arrêté M. Desgranges. Cette suture est formée par un grain de plomb, écrasé sur un nœud du chef postérieur du fil, et par deux autres grains aplatis sur le chef antérieur. On place une sonde et l'on couche l'opérée sur le dos; on la nourrit peu et l'on enlève les fils le huitième jour, la sonde le dixième. S'il y a insuccès, on ne recommence une nouvelle opération qu'après six semaines. — M. Horand donne trois observations de fistules traitées par cette méthode (1). Plus tard il en fit connaître deux nouvelles (2). Ses publications sont accompagnées d'une discussion intéressante sur différents points qui se rattachent au traitement des fistules.

M. Émile Rey, de Saint-Denis (Lot), inséra aussi dans le *Bulletin de Thérapeutique* deux observations de cas opérés avec succès par la suture moniliforme (3). M. Fleury en publia une autre dans la *Gazette des Hôpitaux* (4).

M. Gaillard, de Saint-Julien-le-Petit, par une espèce de retour vers la méthode de Jobert, se servit des valves de ce chirurgien pour dilater le vagin; il pratiqua en même temps la suture entortillée et employa la sonde de gomme (5). M. Gaillard, de Poitiers, proposa trois modifications principales au procédé américain. Il conseille : 1° de tracer la démarcation de l'avivement à faire, au

---

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1863, t. LXIV, pp. 61, 113 et 207.
(2) *Id.*, 1864, t. LXVII, p. 231.
(3) *Id.*, 1865, t. LXVIII, p. 362.
(4) *Gazette des Hôpitaux*, 1866, n° 144, p. 570.
(5) *Id.*, 1865, n° 5, p. 18.

moyen du crayon de nitrate d'argent, dont on maintient les traces en injectant de l'eau salée; 2° pour reconnaître la succession des fils dans l'ordre de leur introduction, de les attacher par leurs extrémités à des grains de verroterie, colorés différemment d'après les couleurs du spectre solaire; 3° de couper tous les fils à trois centimètres hors de la vulve, pour ne pas leur permettre d'irriter le vagin (1).

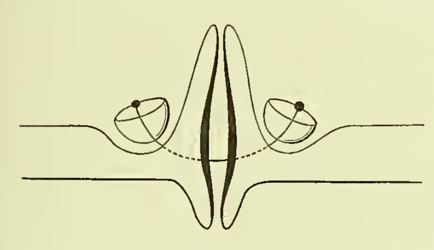
M. Duboué, de Pau, présenta à la Société de Chirurgie (2) un *Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux,* dans lequel, revenant aux idées de Hayward, de Dieffenbach, de Gerdy et de Collis, il conseille, au lieu de l'avivement en surface, la formation de deux lambeaux opposés destinés à être réunis par un mode particulier de suture. Ces lambeaux sont taillés différemment, suivant les exigences particulières de forme, de grandeur et de situation des orifices qu'il s'agit de traiter. Dans les grandes fistules, on ajoute à la dissection des lambeaux deux avivements latéraux pratiqués aux angles et destinés à prévenir la formation de pertuis aux extrémités de la ligne d'adhésion. Pour réunir, on passe l'aiguille armée d'un fil métallique à quelques millimètres de la base des lambeaux, et quand on a placé une quantité suffisante de fils, on les engage dans de petits boutons de buis hémisphériques ou semi-ovoïdes, doublement perforés. Les petits boutons sont glissés sur les tiges d'argent jusqu'à ce que leur surface convexe vienne rencontrer la paroi vaginale; on tord deux à deux les fils d'un côté de la plaie sur la surface plane des boutons; on les tire ensuite sur les extrémités opposées, et lorsque par ce moyen le rap-

---

(1) *Gazette des Hôpitaux,* 1866, n° 136, p. 540.

(2) *Mémoires de la Société de Chirurgie,* 1865, t. VI, p. 417, — et Churchill, *Traité des maladies des femmes,* 1866, p. 920.

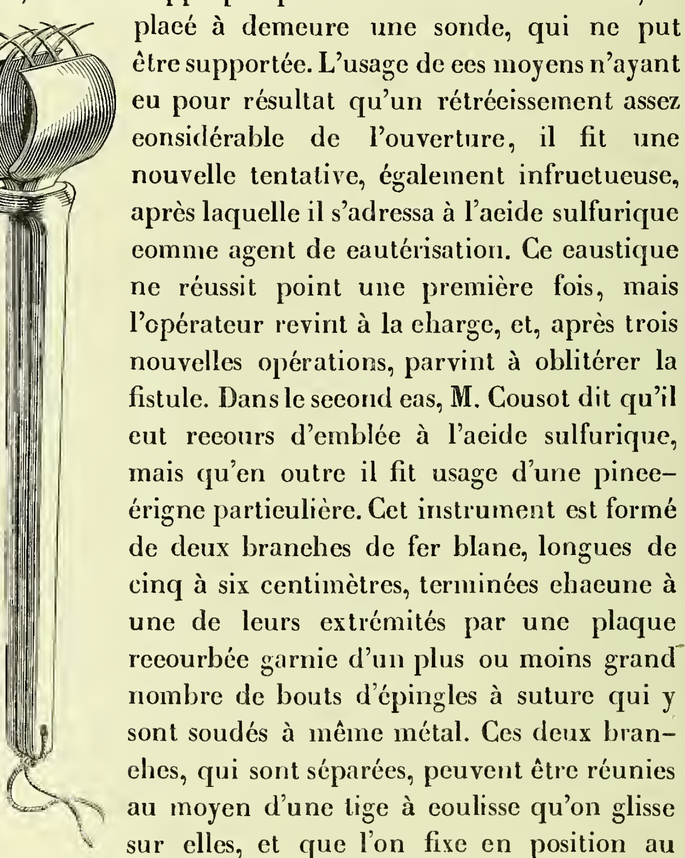
prochement des bords est devenu suffisant, on les y tord aussi sur le bouton correspondant. Le mécanisme de cette suture est tel, selon M. Duboué, qu'elle refoule en même temps les tissus vers le vagin et vers la vessie, en leur faisant



faire une saillie dans les deux sens. Il cherche à faire contraster cet effet avec celui qu'il prétend être produit par la suture américaine ordinaire, dans laquelle, dit-il, la surface fraîchement avivée est trop faible pour résister au tranchant de l'aiguille et à la traction des fils, de sorte qu'en fin de compte ceux-ci n'agissent plus que sur une petite étendue très-rapprochée de la cavité vaginale. La suture de M. Duboué, on le voit, rappelle les grains de chapelet de Metzler, les crampons de M. Baker-Brown et les grains de plomb de MM. Sims, Desgranges et de beaucoup d'autres opérateurs; elle participe en même temps des caractères de la suture enchevillée et de ceux de la suture entrecoupée. — Le Mémoire de cet auteur est accompagné d'observations ayant pour but d'en faire constater la supériorité, et de la description d'un instrument qu'il nomme *uréthrotome à pression continue,* qui est destiné à perforer le cul-de-sac uréthral, dans le cas d'oblitération accidentelle de l'orifice profond de ce canal.

En Belgique, quelques praticiens, prétextant et exagérant la complication de l'opération et les inconvénients que présentent quelquefois l'avivement et la suture, cherchèrent à les éviter en revenant à des méthodes plus faciles, plus simples, et, selon eux, plus exemptes de dangers. M. Cousot, de Dinant, proposa de nouveau la cautérisation au moyen des acides liquides, suivie de l'usage d'une érigne unissante de son invention. Il communiqua

à l'Académie de Médecine l'observation de deux cas (1) dans lesquels cette méthode lui avait réussi. Dans le premier il avait employé, comme instrument explorateur, le spéculum à quatre valves, dont il avait enlevé l'antérieure pour pratiquer la cautérisation. Celle-ci avait été faite la première fois avec le nitrate de mercure. Trois jours après, il avait appliqué plusieurs fortes serres-fines, et



placé à demeure une sonde, qui ne put être supportée. L'usage de ces moyens n'ayant eu pour résultat qu'un rétrécissement assez considérable de l'ouverture, il fit une nouvelle tentative, également infructueuse, après laquelle il s'adressa à l'acide sulfurique comme agent de cautérisation. Ce caustique ne réussit point une première fois, mais l'opérateur revint à la charge, et, après trois nouvelles opérations, parvint à oblitérer la fistule. Dans le second cas, M. Cousot dit qu'il eut recours d'emblée à l'acide sulfurique, mais qu'en outre il fit usage d'une pince-érigne particulière. Cet instrument est formé de deux branches de fer blanc, longues de cinq à six centimètres, terminées chacune à une de leurs extrémités par une plaque recourbée garnie d'un plus ou moins grand nombre de bouts d'épingles à suture qui y sont soudés à même métal. Ces deux branches, qui sont séparées, peuvent être réunies au moyen d'une tige à coulisse qu'on glisse sur elles, et que l'on fixe en position au moyen d'un fil qui traverse en même temps les trois lames

(1) *Bull. de l'Acad. royale de Méd. de Belg.*, 1863, t. VI, p. 738.

à leur extrémité libre. Pour se servir de cette pince, M. Cousot, après avoir enfoncé les griffes de la première plaque dans la lèvre postérieure de la fistule, avait accroché de la même manière la lèvre antérieure avec les pointes de l'autre plaque, puis ces deux parties de l'instrument avaient été rapprochées et définitivement fixées. Deux applications du caustique et de l'instrument parvinrent à amener la guérison.

M. Soupart fit sur cette communication un Rapport (1) dans lequel il représenta le procédé de M. Cousot comme une chose utile, en ce qu'il tend à remplacer la suture par une opération beaucoup moins difficile et moins dangereuse. A propos de la cautérisation employée par l'auteur, il exprima le désir de la voir devenir, sinon générale, du moins applicable à la majorité des cas. Cette méthode lui paraît d'autant plus rationnelle, qu'il pense que la réunion des fistules peut tout aussi bien se faire secondairement, après bourgeonnement, au moyen d'appareils unissants qui remplissent alors les indications de ce qu'il nomme la réunion par *double intention*, que par la réunion immédiate après avivement préalable. Les difficultés et l'incertitude des opérations sanglantes lui ont toujours paru considérables, et c'est pour cela que lui-même avait dans le temps fait construire des instruments plus ou moins analogues à celui de M. Cousot. — M. Soupart communiqua, dans la séance où il fit son Rapport, différents nouveaux instruments inventés par lui (2), parmi lesquels se trouvaient un spéculum trivalve, un porte-aiguille, une

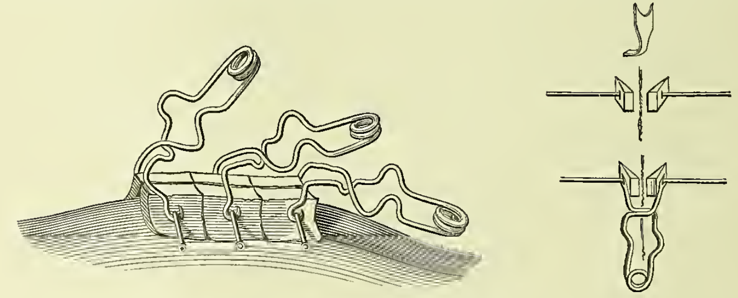
---

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique,* 1863, t. VI, p. 660.

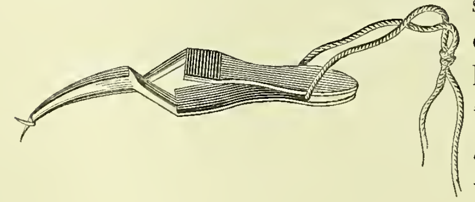
(2) Séance du 11 juillet 1863. — *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique,* t. VI, p. 636.

aiguille partieulière et une pinee prenante, propres, selon lui, à faciliter l'opération de la fistule vésieo-vaginale.

Ces vues rétrospectives, provoquées par les ineonvénients qui restaient eneore attaehés à l'opération amérieaine, et qu'on peut comparer à eelles qui se sont produites en Italie et que j'ai indiquées (p. 172), ne furent pas rares à l'époque où elles s'exprimaient ainsi à l'Académie de Belgique. Déjà l'année préeédente, Debout avait inséré dans son journal plusieurs articles, avee l'intention évidente de diminuer autant que possible le nombre des indications de l'applieation de la suture. Dans l'un de ees articles (1), il rappelait les essais dont il a déjà été question plus haut (p. 94), et dans lesquels il avait pensé à l'applieation de serres-fines partieulières, fabriquées par M. Charrière, et



qui devaient agir sur l'extrémité d'épingles introduites dans les lèvres de la plaie ; il y mentionnait en même temps le suecès obtenu par M. Desgranges, en 1850, au moyen de



sa pince vaginale, et dont il avait donné l'observation dans le t. LXII de son *Bulletin;* enfin il y rapportait deux cas que

(1) *Bulletin général de Thérapeutique,* 1862, t. LXIII, p. 368.

M. Bertet, de Cercoux, avait communiqués à l'*Union médicale* et où il était aussi question de guérisons opérées par l'usage de serres-fines. Dans un autre article, il publiait les réflexions de M. Chatelain, de Luçon (Vendée) (1), sur une pince à griffes de son invention. M. Dolbeau, en 1862, avait présenté à la Société de Chirurgie une observation de fistule guérie par la cautérisation avec le nitrate d'argent, le tamponnement et la sonde (2); et, dans une courte discussion qui avait suivi cette communication, MM. Béraud, Verneuil, Marjolin et Depaul avaient cité d'autres cas du même genre. M. Verneuil, à propos d'une nouvelle observation de guérison spontanée présentée à la Société de Chirurgie par M. L'Hoste (3), avait recherché les conditions dans lesquelles cette heureuse terminaison s'établit, et posa même à cette occasion quelques principes de physiologie pathologique. Ainsi, il avait dit qu'après l'établissement de la fistule, la tendance à la cicatrisation s'exerce dans deux sens : d'une lèvre muqueuse à l'autre, et de la circonférence au centre; que la guérison spontanée peut avoir lieu quand la dernière se fait plus rapidement que l'autre; qu'elle est impossible dans le cas contraire, les deux lèvres muqueuses se trouvant alors soudées et converties en un ourlet désormais permanent, avant que le travail de cicatrisation concentrique ait pu produire ses bons résultats. Les conséquences pratiques qui, d'après lui, découlaient de ces faits, étaient qu'il fallait, pour aider le travail de la nature, chercher à favoriser la cicatrisation concentrique, et tâcher de contrarier celle qui se fait dans le sens de l'union des parois des deux cavités.

---

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, 1862, t. LXIII, p. 563.
(2) *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 1862, t. III, p. 427.
(3) *Gazette hebdomadaire*, 1863, t. X, p. 611.

Au moment où se manifestaient ces dissidences et ces velléités de retour vers le passé ou vers une chirurgie moins sanglante, parurent deux nouvelles publications : l'une, plus modeste, se bornant à constater brièvement l'état des choses actuel concernant la thérapeutique des fistules uro-génitales; l'autre, plus audacieuse, taillant dans la méthode américaine de manière à n'en presque plus rien laisser debout; n'en répudiant point, à la vérité, les principes fondamentaux, mais y introduisant assez d'éléments étrangers pour la faire méconnaître et la représenter plutôt comme une méthode mixte que comme une émanation des idées mères qui l'avaient engendrée. La première publication est celle de M. Da Costa Duarte, l'autre celle de M. Schuppert.

Ce qu'on remarque surtout dans la thèse de M. Da Costa Duarte (1), c'est une addition à la division des fistules établie par Jobert, l'indication de quelques cas de guérison spontanée, et surtout la proposition de pratiquer en même temps, pour des pertes de substance considérables et incu rables par les méthodes ordinaires, l'oblitération du vagin et l'établissement d'une fistule recto-vaginale, afin de conduire l'urine dans une cavité où elle pourrait être retenue par l'action d'un sphincter.

Le Mémoire de M. Schuppert (2) renferme un aperçu fort intéressant de l'histoire du traitement des fistules uro-génitales, la description de dix-sept cas qu'il a opérés, et dont plusieurs renferment des détails de la plus haute importance, et l'exposition de la manière dont il procède pour exécuter la manœuvre chirurgicale.

---

(1) J. R. Da Costa Duarte, *Des fistules génito-urinaires chez la femme*. Paris, 1865.

(2) M. Schuppert, *A treatise on vesico-vaginal fistula*. New-Orleans, 1866.

M. Schuppert pense que l'opération doit être pratiquée aussitôt que la fistule reste stationnaire et que les bords en sont bien cicatrisés. Comme M. Sims, il place la femme dans la position latérale et se sert du spéculum de ce chirurgien. L'avivement se fait au moyen d'un crochet pointu et d'un petit scalpel droit. Il entame les bords de l'ouverture à la distance de dix millimètres de l'ourlet qui la circonscrit, en y comprenant la membrane muqueuse de la vessie, et en commençant par les parties les plus déclives, afin de ne pas être incommodé par le sang. Quand il y a protrusion de la vessie, il refoule la partie herniée au moyen d'éponges introduites par la fistule. Pour remédier aux inconvénients de l'écoulement sanguin, il fait injecter de l'eau froide sur les parties qu'il avive. Il procède ensuite à la suture, pour laquelle il se sert de fils d'argent et d'une aiguille fixée sur un manche et formée par une tige de fer flexible terminée par une pointe en acier, laquelle est percée d'un chas suffisamment grand pour recevoir un fil métallique. Cette aiguille est droite, dans les cas où la fistule est dirigée transversalement, courbe quand on a affaire à une ouverture longitudinale. L'instrument est enfoncé à travers l'un des bords de l'ouverture, et d'outre en outre, jusque dans la cavité vésicale, puis on lui fait perforer l'autre lèvre, de l'intérieur de la vessie vers le vagin. Quand la pointe apparaît à la face vaginale de cette dernière lèvre, M. Schuppert la rend apparente en passant derrière elle un crochet mousse qui déprime un peu la paroi vaginale; cela fait, il l'attire un peu en bas et rend ainsi possible l'introduction d'un fil d'argent dans le chas dont elle est percée. Ce fil y est engagé, soit directement avec la main, soit avec une pince, et est ensuite retiré avec l'aiguille dans un sens rétrograde. Les points de suture sont placés à quatre millimètres de distance. Les fils, après avoir été laissés

un moment hors du vagin, sont passés dans un ajusteur semblable à celui de M. Bozeman, sauf qu'il présente une entaille latérale pour permettre au lien d'entrer facilement dans son trou central. Quand les bords sont tendus, ce qui arrive souvent dans les grandes fistules, M. Schuppert met en usage les incisions latérales de Dieffenbach, qui lui ont été souvent d'une grande utilité. Selon lui, il ne faut employer ni compression, ni glace pour arrêter l'hémorrhagie avant le serrement des fils : car le meilleur hémostatique dans ces cas, c'est l'exacte adaptation et la compression directe des vaisseaux au moyen de la suture. Celle-ci s'exécute en tordant deux ou trois fois les fils au moyen des doigts ou de l'instrument de Coghill, et quand elle est terminée, les extrémités excédantes des liens sont enlevées avec des ciseaux.

M. Schuppert regarde comme chimérique la crainte que l'on a souvent témoignée d'intéresser la muqueuse vésicale dans l'avivement et la suture : il croit qu'il n'y a pas plus de danger à la lier qu'à la couper. Ce qui le prouve, dit-il avec M. Simon, c'est que les opérateurs qui cherchent à la conserver intacte l'ont souvent intéressée sans le savoir. Jamais, après ses opérations, il n'a remarqué de mauvais résultats par suite de cette lésion, et il n'a point vu qu'elle ait été cause de la formation de pertuis secondaires. Il pense, au contraire, qu'il doit une bonne partie de ses succès à la précaution qu'il a toujours eue de comprendre la vessie dans ses points de suture. L'usage de la plaque de M. Bozeman est regardé par lui comme indifférent, par la raison qu'il a réussi avec elle comme avec les points séparés, et qu'il a quelquefois expérimenté simultanément les deux procédés pour le même cas, en en retirant des avantages absolument semblables. S'il donne la préférence à la suture à points séparés, c'est parce qu'elle est plus simple et plus facile. L'essentiel est

de ne pas trop serrer les fils, car si l'on commet cette imprudence, qu'ils soient métalliques ou organiques, ils passent à travers les chairs. Le seul avantage des premiers, c'est d'être parfaitement tolérés par les tissus, tandis que les autres s'imbibent de sang et d'urine qui, en se décomposant, deviennent des agents d'irritation et de suppuration, et exposent ainsi à la nécessité d'enlever les fils ou à la production de fistules consécutives.

L'opération terminée, M. Schuppert couche la femme sur un matelas percé à son centre d'une ouverture à laquelle est adapté un tube de caoutchouc, qui conduit les urines et les matières à injection dans un vase. Une sonde à demeure est placée dans la vessie; cette sonde est d'argent, légère, et creusée de trois ou quatre rangées de petits trous. A son extrémité extérieure se trouvent adaptés deux petits anneaux à travers lesquels on passe un cordonnet qui est attaché, en avant et en arrière, à un bandage de corps. Le cathéter est changé deux fois par jour et nettoyé avec de l'acide nitrique dilué. Il est arrivé une fois à l'auteur de se passer du séjour au lit et de la sonde, sans avoir moins bien réussi pour cela; mais ce simple fait ne lui paraît pas suffisant pour lui permettre, comme d'autres chirurgiens l'ont fait, d'ériger en principe ce traitement négatif, quoique ces derniers puissent avoir raison, et que la pratique contraire ne soit basée que sur des craintes peut-être exagérées. Pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, une injection d'eau froide est faite toutes les demi-heures. Les fils sont enlevés seulement du dixième au quatorzième jour : M. Schuppert trouve à cela de l'utilité et n'y voit aucun inconvénient, vu l'innocuité des fils d'argent. Il n'administre pas d'opium, car, dit-il, les selles peuvent se montrer malgré l'usage de ce médicament, et il peut arriver, au contraire, que la constipation se maintienne sans son secours. Du reste, il a

remarqué que les opérées se trouvent mieux de conserver le ventre libre que de rester constipées; et chaque fois qu'il l'a jugé convenable, loin de prescrire l'opium, il a excité la sortie des fèces par des lavements, et il n'a jamais eu à se repentir de s'être comporté ainsi. Cela se conçoit d'ailleurs, selon lui, car, en envisageant la chose théoriquement, on ne comprend pas le mal que peut faire à la suture une évacuation du contenu de l'intestin.

Outre les publications, les mémoires et les brochures dont je viens de parler, il s'est édité, dans ces derniers temps, des livres classiques qui se sont occupés du traitement des fistules uro-génitales, avec des développements variés, mais toujours en rapport avec les découvertes récentes. Parmi ces livres, je ne ferai que citer ceux de MM. Bedford (1), Churchill (2), Courty (3), qui sont entre les mains de tous les praticiens. Mais il m'est impossible de ne pas appuyer, avant de terminer cet aperçu historique, sur le nouvel et important ouvrage que vient de publier M. Simon et dont j'ai pris connaissance presque au moment de livrer mon livre à l'impression.

Cet ouvrage (4), où l'examen du traitement des fistules uro-génitales occupe plus d'un demi-volume, renferme d'abord une courte reproduction, accompagnée seulement de quelques considérations nouvelles, des princi-

---

(1) G. S. Bedford, *Maladies des femmes, Leçons cliniques.* Ath et Paris, 1860.

(2) F. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement.* Paris, 1866.

(3) A. Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1866.

(4) *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses während der Jahre* 1861-1865. Prag, 1868.

pales idées déjà énoncées dans le livre du même auteur publié en 1862; puis une relation abrégée de quarante-deux cas de fistule qu'il a traités, et qui comprend d'abord : A. *les opérations directement appliquées aux orifices,* 1° pour des fistules de petite et de moyenne grandeur; 2° pour de très-grandes fistules; 3° pour des fistules multiples; 4° pour des fistules compliquées d'atrésie de l'urèthre; B. *les opérations pratiquées sur le vagin, sous la fistule* (méthode indirecte), pour cause d'inapplicabilité de l'occlusion directe. Ces dernières opérations comprennent : 1° celles qui ont eu pour but l'occlusion *totale* du vagin à différentes hauteurs du canal; 2° celles qui ont eu en vue l'occlusion oblique et *partielle* seulement du conduit, avec conservation de sa longueur. Comme résultat de toutes ces opérations, M. Simon donne la statistique suivante :

Sur cinquante-trois fistules existant chez quarante-deux patientes, quarante-neuf furent guéries chez trente-neuf femmes, deux opérées moururent, et une malade fut abandonnée comme incurable, avec deux fistules compliquées d'une atrésie de l'urèthre.

M. Simon examine ensuite les accidents qui peuvent survenir pendant et après l'opération, et traite longuement de la blessure des uretères, des hémorrhagies primitives et secondaires, de la lésion du péritoine et de la péritonite, de la persistance de l'incontinence après l'occlusion de la fistule, de la rétention d'urine après l'opération et la guérison, de la formation de calculs, et de l'inflammation croupale et diphthéritique du vagin. Mais ce que son livre offre de plus intéressant encore, c'est l'examen tout particulier que reprend l'auteur, et cette fois avec tous les développements et tous les détails cliniques qu'on peut désirer, de la manière dont il faut se conduire et dont il s'est conduit lui-même dans les fistules les plus compliquées. Il donne à cette occasion la description de réunions

qu'il a dû faire en *Upsilon* renversé, en arc, en *Tau-Upsilon*, en provoquant l'adhérence du col utérin à la partie inférieure du vagin, sous l'orifice anormal; il indique ce qu'il convient de faire dans le cas de fistules doubles (l'enlèvement de tout le territoire des ouvertures et le traitement simple de la grande perte de substance qui en résulte, ou bien le traitement isolé des différents orifices, en une ou plusieurs séances). Il revient sur les atrésies partielles (postérieures) du canal de l'urèthre coexistant avec une seule ou plusieurs fistules, soit uréthro-vaginales, soit vésico-vaginales, et dit comment on peut les guérir au moyen du simple revêtement (*Ueberbrückung*) de la partie atrésiée, ou par la transplantation d'une portion voisine des parois vaginales sur le segment de l'urèthre resté libre, ou enfin par l'occlusion transversale du vagin.

La partie la plus neuve, et en même temps la plus originale du livre du chirurgien de Rostock, c'est sans contredit celle par laquelle il termine son travail. Cette partie constitue en effet un véritable petit traité sur l'oblitération vaginale, et initie parfaitement le lecteur à tout ce qui concerne cette nouvelle et intéressante opération.

Dans son ouvrage de 1862, M. Simon avait bien dit quelques mots sur cette méthode; mais il est facile de s'apercevoir, en le lisant, que ses idées sur les indications et les différentes applications de ce traitement n'étaient pas encore bien arrêtées à cette époque : il n'avait fait qu'effleurer le sujet. Il est vrai qu'en 1856 déjà, un article sur ce sujet avait été inséré par lui dans la *Deutsche Klinik* (1), mais, en réalité, l'on n'avait encore formulé

(1) *Deutsche Klinik. — Die quere Obliteration der Scheide*, 1856, n° 35.

nulle part un corps de doctrine en rapport avec l'intérêt et l'importance de cette ingénieuse opération chirurgicale. La nouvelle publication du chirurgien allemand vient donc à cet égard combler une véritable lacune, encore ouverte avant lui, du moins en grande partie, dans la thérapeutique des fistules.

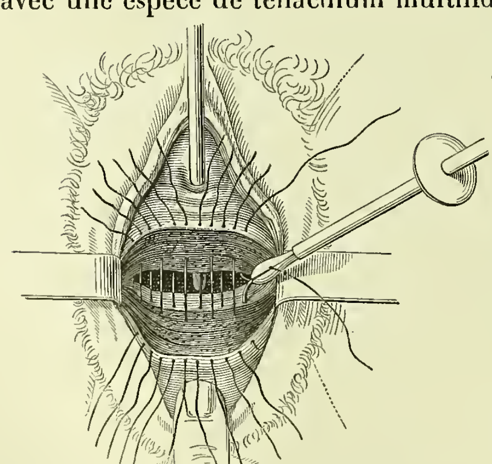
M. Simon établit pour l'occlusion des voies génitales trois modes opératoires : le premier, qui a été inventé et mis en usage par Jobert, comprend l'oblitération du museau de tanche (*Hysterokleisis*), qui trouve son application dans certains cas de fistules vésicales cervico-utérines considérables dans lesquelles la soudure directe des bords de l'orifice anormal est impossible ; le deuxième (*Kolpokleisis*), qui a été introduit par lui dans la chirurgie moderne, a pour objet l'occlusion des parois mêmes du vagin ; le troisième (*Episiosténosis*), qui a été imaginé par Vidal de Cassis, consiste dans l'obturation verticale de l'entrée du conduit vulvo-utérin par la réunion de la majeure partie de la vulve. Cette dernière opération a été plusieurs fois pratiquée par lui-même et par d'autres opérateurs, mais elle n'a jamais réussi.

L'occlusion des parois vaginales (*Kolpokleisis*) est indubitablement la plus importante et la plus fréquemment applicable de ces trois opérations. M. Simon l'avait d'abord désignée sous le nom d'*occlusion transversale du vagin ;* mais ce nom ne lui convient plus, aujourd'hui qu'il la pratique aussi bien dans une direction oblique que dans une direction bilatérale. Pour lui, toute fermeture totale ou partielle du vagin par réunion de ses parois au-dessous de la fistule, rentre dans cette espèce de manœuvre chirurgicale.

Quand il fit ses premières expériences sur cette nouvelle méthode, en 1855, il ne réussit pas tout d'abord : après chacune de ses tentatives, il restait toujours des fistulettes,

qui résistaient opiniâtrément à tous ses efforts. Il lui fallut plusieurs années de tâtonnements pour arriver à un résultat complétement satisfaisant. Mais depuis, les succès se sont considérablement multipliés entre ses mains et celles de plusieurs autres opérateurs. Il a déjà obtenu pour son compte seize guérisons. MM. Roser, Wernher, Wilms, Ulrich, Bardeleben, Wagner, Esmarch, Spiegelberg, Hegar et autres en ont aussi enregistré de leur côté.

Pour pratiquer son opération, M. Simon avait d'abord songé à détacher l'urèthre du pubis, afin de faciliter le rapprochement antéro-postérieur de l'orifice vaginal. Mais il a depuis renoncé à cette pratique, qui n'offre pas les avantages qu'il en attendait, et qui, de plus, expose à des lésions vasculaires et à des accidents sérieux. Il se borne donc aujourd'hui au simple avivement des parois vaginales et à leur réunion au moyen de points de suture. Pour pratiquer l'avivement, il limite d'abord, au moyen d'une incision circulaire faite avec le bistouri, le rebord antérieur de la surface qu'il s'agit d'attaquer, soulève avec une espèce de ténaculum multifide la partie qui doit être excisée, la saisit avec des pinces érignes, et enlève d'avant en arrière un lambeau annulaire d'un centimètre et demi à deux centimètres et demi de largeur. Au moment où le bistouri manœuvre sur la paroi postérieure, un doigt introduit dans le rectum fait saillir et distend la cloison recto-



vaginale. La surface réséquée est ensuite égalisée avec des ciseaux. Pour exécuter la suture, M. Simon introduit avec des aiguilles courbes, d'arrière en avant, de doubles fils fins de soie de Chine. Généralement ces ligatures ne pénètrent que jusqu'au tissu conjonctif sous-vaginal; mais quand les parois sont très-minces, il n'y a pas d'inconvénient à les faire passer, s'il le faut, jusque dans le rectum et la vessie. Après leur placement, tous les fils sont noués. On peut exécuter l'opération en une ou plusieurs séances, suivant le besoin. Dans les cas ordinaires, il n'est pas fait usage de la sonde; et ce n'est que quand il reste derrière les parties adaptées une lacune dans laquelle l'urine pourrait croupir et exercer une forte pression sur la ligne de réunion, que le cathétérisme permanent est employé. Généralement, l'hémorrhagie produite par les veines du vagin et de petites artères est assez abondante ; mais elle n'exige guère de ligatures et d'ordinaire elle s'arrête spontanément. M. Simon n'a jamais observé d'hémorrhagies consécutives.

Selon que la perte de substance de la cloison vésico-vaginale siége à différentes hauteurs, la conduite à tenir dans l'exécution du kolpokleisis doit varier assez notablement. Autrefois, M. Simon opérait toujours sur le tiers inférieur du vagin, croyant qu'au-dessus de cette région la largeur plus considérable du canal et la difficulté plus grande à l'aborder devaient être des conditions défavorables à la réussite de l'opération. Depuis, il a pratiqué l'occlusion à toutes les hauteurs, et a même observé que les opérations faites sur les parties les plus élevées de l'organe réussissent mieux que celles qui sont exécutées dans le voisinage de l'urèthre. Il a donc posé en principe de conserver la plus grande étendue possible du canal vaginal et d'établir l'oblitération immédiatement au-dessous de la fistule, en en utilisant la lèvre inférieure, ou du moins les

tissus situés dans son voisinage. Pour réaliser ce précepte, il divise le kolpokleisis en *occlusion totale* et en *occlusion partielle*. La première, qui se fait toujours transversalement, se subdivise en trois variétés, suivant qu'on la pratique : 1° à la partie uréthrale du vagin ; 2° à la partie moyenne; ou 3° à son cul-de-sac supérieur. L'occlusion partielle, qui s'exécute constamment dans un sens oblique, ne se subdivise pas.

Dans l'occlusion totale au niveau de la portion uréthrale du vagin, l'opération est plus facile, attendu que les parties sont plus abordables et que la ligne de réunion est moins étendue, puisqu'elle est limitée des deux côtés par les branches du pubis; mais la faible épaisseur de la paroi uréthrale, qui va encore diminuant du col vésical au méat urinaire, les godets naturels qui existent souvent sur les côtés de la partie postérieure ou inférieure de l'urèthre, le bâillement que présente quelquefois le vagin à son orifice vulvaire, rendent souvent la réunion plus difficile et la persistance de pertuis consécutifs plus fréquente. Dans tous les cas, les chances de réussite augmentent lorsque toute l'étendue du canal de l'urèthre est conservée, et diminuent beaucoup quand il en manque une portion. Lorsque le canal persiste en entier, on pratique l'avivement sur le milieu de son étendue, à un centimètre et demi environ de son orifice; mais s'il n'en reste plus que deux centimètres ou un centimètre et demi, il faut bien se servir, pour le rafraîchissement, du tronçon dont on peut encore disposer. Quand on a affaire en même temps à un orifice vaginal fortement béant et à une étendue fort restreinte de paroi uréthrale, il peut être utile de faire l'opération en deux fois, en ne réunissant dans la première séance que les deux côtés de l'orifice et en terminant dans la seconde l'oblitération de ce qui en reste. Dans le cas où la largeur

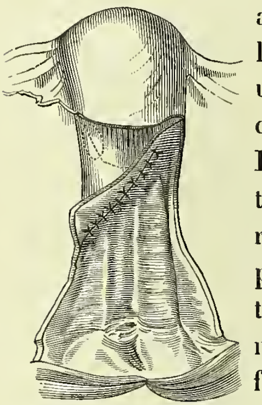
du vagin détermine la formation d'une ligne de réunion fort longue, on peut, en outre, au lieu de diviser l'opération en différents *temps*, dont l'un est complétement exécuté avant qu'on ne procède à l'autre, la pratiquer par *divisions*, c'est-à-dire faire d'abord une portion seulement de l'avivement et la réunir immédiatement par la suture, pour répéter ensuite la même manœuvre sur une autre partie, et ainsi de suite.

Pour l'occlusion complète du vagin à sa région moyenne, l'opération est un peu plus difficile qu'à son entrée, à cause de la moindre accessibilité, de la flaccidité plus grande et des plis plus nombreux de l'organe en cet endroit; mais, comme les parois y sont en même temps plus fortes et plus épaisses, la guérison en est rendue plus facile, la formation de fistules consécutives moins fréquente et leur tendance à la cicatrisation spontanée moins problématique. Ce n'est que vers le col vésical, et lorsque les parois y sont amincies, que le danger de la formation de ces fistulettes reparaît de nouveau. On peut encore ici faire l'opération en une ou en deux séances; mais l'adoption des deux séances est moins utile (sauf le cas d'extrême faiblesse de la malade) qu'à la portion uréthrale, attendu que les parois vaginales ne sont jamais béantes dans cette partie du canal. Quand, avec la fistule, il existe un rétrécissement du conduit vulvo-utérin, l'exécution de l'opération peut se faire en *temps* successifs, terminés l'un après l'autre; mais lorsque le cylindre a conservé ses dimensions normales, il vaut mieux procéder par *divisions*, l'extension du champ opératoire et la laxité des parois rendant très-laborieuse l'application de l'autre mode.

L'oblitération totale dans le cul-de-sac vaginal peut se pratiquer quand l'organe a été détruit ou complétement séparé de ses attaches supérieures et a glissé derrière la fistule. Dans ces cas, il semble que la blessure du péritoine,

qui a été entraîné avec le vagin, et qui peut, du reste, avoir contracté de nouveaux rapports par suite d'adhérences, est à craindre pendant le kolpokleisis. Mais M. Simon croit qu'en réalité cette lésion est difficile. Toutefois, pour l'éviter plus sûrement, il conseille de pratiquer l'occlusion au moyen d'une portion de la paroi postérieure du vagin située plus bas.

L'oblitération partielle peut s'appliquer aux fistules qui n'occupent qu'une moitié du fond du vagin. Elle s'exécute aux dépens d'une partie latérale de l'organe seulement, et toujours dans une direction oblique. La longueur du cylindre se trouve ainsi maintenue. Il serait peut-être possible, dans certains cas, non-seulement d'obtenir ce résultat, mais encore de ne comprendre dans l'occlusion qu'une portion du cul-de-sac vaginal, de manière à conserver à la femme la faculté de concevoir.



Après avoir traité de ce qui concerne le manuel opératoire, M. Simon s'occupe des indications du kolpokleisis. Vu le raccourcissement du vagin et la stérilité qui sont la conséquence de la formation du nouveau diaphragme, et, d'un autre côté, le peu de danger qu'offre l'opération, il établit comme principe général qu'il faut en admettre la nécessité *quand la réunion des bords mêmes de la fistule est impossible ou trop dangereuse.* Partant de cette règle fondamentale, il reconnaît l'indication de la méthode dans les circonstances suivantes :

1° *Dans le cas de très-grandes fistules.* — Autrefois ce caractère constituait, pour lui, comme encore aujourd'hui pour beaucoup de chirurgiens, l'indication capitale de l'opération. Mais depuis, les moyens de réunion se sont

tellement perfectionnés, que ce n'est qu'exceptionnellement que cette circonstance nécessite l'application du kolpokleisis;

2° *L'inaccessibilité de la fistule.* — Les progrès de l'art sous ce rapport rendent aussi cette espèce d'indication très-rare;

3° *Le danger de la blessure du péritoine.* — Ce danger se présente quand des fistules, placées très-haut, se trouvent dans le voisinage des replis péritonéaux : l'occlusion devient alors indispensable;

4° *Les hémorrhagies consécutives et rebelles dans la vessie.* — Cette indication peut se présenter quand il est prouvé, par la répétition du même accident après plusieurs opérations, qu'il est impossible de l'éviter;

5° *L'arrachement de la partie supérieure du vagin avec rétrécissement consécutif du canal sous la fistule.* — Dans ces cas, une sonde introduite par la partie rétrécie passe, d'une part, dans la vessie, de l'autre, dans le col utérin : l'occlusion sous l'ouverture vésicale est alors très-simple et parfaitement convenable;

6° *L'atrésie et un haut degré de sténose du vagin, au-dessus, au niveau ou en dessous de la fistule.* — Quand la sténose est au-dessus de l'ouverture, on pourrait songer à détacher la lèvre supérieure de celle-ci, qui est comprise dans la sténose, et à la réunir ensuite avec l'inférieure. Mais la minceur et la présence d'un tissu cicatriciel abondant, qui caractérisent presque toujours cette lèvre, rendraient le succès peu probable. Il en est ordinairement de même dans les sténoses situées au niveau ou au-dessous de la fistule;

7° *Les atrésies de l'urèthre avec existence concomitante de plusieurs fistules.* — L'oblitération est ici inévitable quand l'atrésie est très-étendue et qu'il est impossible de la traiter par le procédé du revêtement (*Ueberbrückung*);

8° *Les fistules urétéro-vésicales et urétéro-utérines.* — Dans les premières de ces fistules, M. Simon a tenté d'abord une opération consistant à fendre l'uretère, pour le faire déboucher de nouveau dans la vessie, et à fermer d'un autre côté l'orifice s'ouvrant dans le vagin. Mais il ne réussit pas, et l'ouverture vésicale se referma, tandis que l'embouchure vaginale se reproduisait; en outre, il survint pendant le traitement des symptômes néphrétiques assez intenses. Il s'est donc décidé à faire usage d'une autre méthode : il établit, pour commencer, une nouvelle fistule vésicale immédiatement au-dessous du museau de tanche, afin que l'urine fournie par les uretères trouve ainsi une issue dans la vessie; puis il ferme le vagin au niveau de la lèvre antérieure de cette ouverture artificielle. L'opération peut se faire en une ou en deux séances. Il croit que, pour certaines de ces fistules, qui ont toujours leur siége dans l'une ou l'autre partie latérale du vagin, on pourrait arriver au but au moyen de l'oblitération partielle. Dans les fistules urétéro-utérines (urétérales cervico-utérines), une méthode semblable est applicable.

M. Simon termine sa publication par l'examen des suites du kolpokleisis et des accidents que l'on peut craindre pendant et après son exécution. Il indique, comme pouvant préoccuper l'opérateur :

1° *La pénétration de l'urine dans le péritoine.* — Ses expériences sur le cadavre lui ayant démontré qu'au moyen d'un clysopompe on peut faire passer de l'eau de l'intérieur de la matrice dans la cavité abdominale, il avait craint que ce phénomène pût se produire après le kolpokleisis. Mais ces appréhensions ne se sont pas réalisées, probablement parce que la force de contraction de la vessie n'est pas suffisante pour faire refluer l'urine par un canal aussi étroit que celui des trompes de Fallope;

2° *L'influence fâcheuse de l'urine sur la matrice et sur la menstruation.* — Cette influence n'est pas à redouter. M. Simon n'a jamais observé, après l'opération, ni douleurs utérines ni mucosités abondantes dans les urines. La menstruation, loin d'en souffrir, reparaissait au contraire quand elle avait été supprimée. Très-souvent des femmes, auparavant anémiques et souffreteuses, reprenaient leur teint rosé et leur santé. Ceci ne dépend pas de ce que les urines exercent une action favorable sur la matrice, mais de ce que leur présence est indifférente à cet organe, et ensuite de ce que la femme, débarrassée de ses incommodités antérieures, se trouve dans des dispositions plus favorables au retour des règles;

3° *La stagnation de l'urine dans la vessie.* — On pourrait appréhender les suites de cet accident à cause du peu de contractilité que possède le vagin et de la présence de diverticules siégeant souvent derrière l'occlusion. Mais l'expérience a prouvé que cette crainte encore est dénuée de fondement. En effet, M. Simon a toujours remarqué que, *lorsque l'occlusion du vagin est complète,* l'urine sort claire et limpide par l'urèthre, et qu'elle est seulement colorée en rouge aux époques de la menstruation. Le seul cas où il ait observé la formation d'un calcul est celui d'une oblitération à la suite de laquelle un fil avait été abandonné derrière la barrière nouvelle. Quand, au contraire, la fermeture du vagin *n'est pas complète,* il peut survenir des catarrhes et des calculs, la femme continuant à être mouillée et exposée, comme auparavant, aux refroidissements et à toutes leurs suites. M. Simon a toujours vu que, lorsque des dépôts urinaires se formaient après les occlusions incomplètes du conduit vulvo-utérin, le meilleur moyen de les empêcher de se reproduire était de fermer les fistulettes qui causaient l'incontinence d'urine. Quand la chose ne pouvait se faire,

il lui était encore possible d'arriver au même résultat en agrandissant la fistule;

4° *La persistance de l'incontinence d'urine par suite de la soudure d'un urèthre incomplet à la paroi postérieure du vagin.* — On aurait pu croire que, dans ces cas, l'absence de sphincter et le tiraillement exercé sur le tronçon d'urèthre par la paroi postérieure de l'orifice vaginal, auraient déterminé le bâillement du canal, et par suite une incontinence inévitable; mais l'observation a démontré que des portions d'urèthre d'un centimètre et demi à deux centimètres ont pu conserver, après l'opération, la faculté de résister à la pression de l'urine et à la traction de la paroi recto-vaginale, même dans des cas où toute la cloison vésico-vaginale avait été détruite.

M. Simon, après une occlusion de la portion uréthrale du vagin pratiquée en vue de guérir une fistule, a tenté un jour une opération fort originale. Sur les vives instances de la femme, il s'est déterminé à chercher à agrandir l'entrée de l'organe oblitéré. Pour cela, il a séparé du rectum la partie atrésiée au moyen d'une incision transversale, et pris dans le voisinage un lambeau de muqueuse pour la fixer au fond de l'incision. Il a augmenté ainsi d'un centimètre et demi la profondeur de l'entrée vaginale.

L'ouvrage de M. Simon se distingue plutôt par un caractère très-marqué d'individualité que par une grande érudition. On reconnaît, en le lisant, qu'il s'est beaucoup moins attaché à examiner les idées des autres qu'à chercher dans ses propres observations les bases de ses convictions et de ses principes. Dans une pratique de seize années, il n'a rien négligé de tout ce qu'il a pu voir, il n'a rien oublié de ce qu'il a fait : il a tout rassemblé, tout rapproché; et c'est au moyen de ces matériaux, amassés par lui-même et élaborés avec soin, qu'il a formé un ensemble qui con-

stitue bien certainement l'une des productions les plus remarquables qui aient été publiées sur cette matière. Son livre, joint à celui de 1862, est de ceux qu'on ne peut se dispenser de lire quand on veut approfondir la question si féconde et si variée des fistules uro-génitales.

Arrivé au terme de cette revue historique, que je fixe au commencement de l'année 1869, je ne puis m'empêcher de faire encore cette observation, que certains travaux qui auraient mérité d'y trouver place y ont peut-être été omis, soit parce qu'ils n'ont pas reçu une publicité suffisante, soit parce que, dans mes recherches, ils ne me sont pas tombés sous la main. Il y a probablement quelques œuvres toutes récentes qu'il ne m'aura pas été donné de posséder et par conséquent d'examiner et de communiquer au public. Je sais, par exemple, qu'en Amérique, il a paru depuis peu quelques nouvelles brochures sur la question des fistules, et qu'entre autres, M. Emmet, successeur de M. Sims, à New-York, M. Bozeman et d'autres encore ont écrit sur ce sujet. Toutes les lacunes qu'on pourra trouver dans cette esquisse auront été le résultat de circonstances indépendantes de ma volonté; et, pour ne parler que des productions américaines auxquelles je viens de faire allusion, il m'a été impossible de me les procurer en temps utile.

En résumé, quelque imparfait que soit peut-être cet examen historique, il aura, j'espère, contribué à prouver que la chirurgie, qui se débattait anciennement dans son impuissance quand il s'agissait du traitement des fistules uro-génitales, est aujourd'hui maîtresse absolue de ce terrain et qu'il n'est plus possible désormais de conserver aucun doute sur la parfaite curabilité de ces affections; il aura démontré, en outre, que la guérison peut en être obtenue, non pas seulement par une seule espèce d'opération, par un seul moyen thérapeutique, mais par plusieurs méthodes

diverses entre lesquelles le praticien est libre, à l'occasion, de choisir ce qui convient le mieux; enfin, il aura établi que les progrès de la chirurgie moderne ont été tels, qu'un certain nombre d'agents curatifs qui échouaient toujours entre les mains des anciens praticiens, ou qui ne réussissaient que dans des circonstances exceptionnelles, peuvent de nos jours être appliqués avec des chances d'arriver au but désiré, ou du moins d'amener une amélioration notable dans l'état de la maladie.

DEUXIÈME PARTIE.

EXAMEN ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHAPITRE PREMIER.

DÉFINITION ET DIVISION.

Quelques auteurs, considérant surtout l'étymologie du mot *fistule*, ont cru que c'est abusivement qu'on l'a appliqué aux ouvertures uro-génitales. Selon eux, l'expression latine *fistula* signifiant un chalumeau, un pipeau, une flûte, c'est-à-dire un instrument creux, allongé et ayant une certaine étendue, sa traduction française et chirurgicale ne peut désigner qu'un trajet ayant deux orifices plus ou moins éloignés l'un de l'autre, et elle ne peut convenir à des ouvertures qui, comme celles qui font communiquer la vessie avec le vagin, n'ont aucun parcours et constituent de véritables trous. Cette opinion ne me paraît pas admissible : car l'idée qui est attachée au mot *fistule* s'applique bien plutôt à la *communication* anormale établie entre une collection ou une cavité et une surface libre du corps, qu'à la *forme* d'un passage creusé dans une étendue plus ou

moins grande à travers les tissus. Cela est si vrai qu'on n'a jamais hésité à désigner par ce nom des orifices simples, sans trajet notable, allant directement d'un canal, d'un tube, d'un viscère creux à l'extérieur. C'est ce qui est arrivé, par exemple, pour les fistules du conduit de Sténon, les fistules laryngées, trachéales, celles que les physiologistes ont établies artificiellement à l'estomac pour étudier les phénomènes de la digestion, etc.

Du moment qu'un liquide, soit normal, soit accidentel, est versé habituellement par une voie non naturelle sur une surface libre du corps, l'esprit ne peut se refuser à admettre l'existence d'une véritable fistule, et les habitudes pratiques et diagnostiques sont telles sous ce rapport, qu'aucun chirurgien ne sera détourné de cette manière de voir par la considération du plus ou moins de longueur du trajet nouveau. La dénomination de *fistule* est donc parfaitement légitimée par la signification générale qu'on lui a de tout temps attribuée. La qualification d'*uro-génitale* que j'y ajoute, me semble exprimer d'une manière générique l'ensemble et toutes les combinaisons possibles des communications insolites qui peuvent s'établir entre les voies urinaires et les voies génitales de la femme, tout en dépeignant, par la composition du mot, la marche que suit le liquide pour passer de l'un à l'autre des deux systèmes d'organes.

La distinction des fistules uro-génitales, ou, en d'autres termes, leur division, est devenue indispensable pour donner de la clarté au langage scientifique, et pour déterminer nettement les connaissances et les préceptes qui se rapportent plus spécialement à chacune d'entre elles. Jobert de Lamballe a le premier reconnu cette nécessité, et la classification qu'il a établie est encore aujourd'hui généralement admise et suivie par presque tous les chirurgiens. Cette classification est purement anatomique et fondée en même

temps sur le trajet parcouru par le liquide urinaire. Elle vaut mieux, sans contredit, que certaines divisions qu'on a cherché à établir en les basant uniquement sur les manœuvres opératoires qu'elles exigent, car elle a l'avantage de partir d'un principe plus général et de ne point considérer les fistules sous une de leurs faces seulement et à un point de vue exclusif et restreint.

Jobert divisait les fistules uro-génitales en :

1° Fistules *uréthro-vaginales ;*
2° — *vésico-vaginales ;*
3° — *vésico-utéro-vaginales superficielles ;*
4° — *vésico-utéro-vaginales profondes ;*
5° — *vésico-utérines* (1).

La première espèce de fistules comprend les ouvertures qui font communiquer l'urèthre avec le vagin; la deuxième, celles qui ont perforé simplement la cloison vésico-vaginale; la troisième, celles qui sont placées assez près du col utérin pour que la lèvre antérieure de celui-ci entre dans la composition de la circonférence de l'orifice; dans la quatrième, cette lèvre est en partie détruite et occupée par l'ouverture anormale; dans la cinquième, la fistule se trouve dans l'intérieur même de la cavité du col de la matrice.

M. Da Costa Duarte, dans un travail qu'il a fait paraître en 1865 (2), a cru devoir ajouter à cette division quelques catégories nouvelles; ce sont :

1° La fistule uréthro-vésico-vaginale, intéressant en même temps l'urèthre, le sphincter et le col de la poche urinaire;

---

(1) Jobert de Lamballe, *Traité des fistules vésico-utérines, etc.*, 1852.

(2) Da Costa Duarte, *Des fistules génito-urinaires chez la femme.* Paris, 1865, p. 8.

2° La fistule uréthro-vésico-utéro-vaginale, comprenant toute la cloison, depuis l'urèthre jusqu'à l'utérus;

3° La fistule urétéro-utérine.

Ces classifications, quoique bonnes et fort utiles pour la pratique, pèchent cependant, me paraît-il, par quelques imperfections dans le rapport de l'expression avec les parties réellement lésées. Ainsi le terme de *fistule vésico-utérine* semblerait indiquer une communication entre la vessie et la cavité utérine, tandis que dans le fait il n'en existe une qu'entre la poche urinaire et le *col* de la matrice. Il est vrai que les fistules vésico-utérines proprement dites n'ont pas été observées, du moins que je sache; mais, comme je le dirai plus loin, elles ne sont pas impossibles. Elles ont peut-être existé quelquefois sans qu'on s'en soit aperçu; et, dans le cas où il s'en présenterait positivement une, on se trouverait sans expression pour la désigner, celle qui lui conviendrait ayant déjà été employée pour une autre espèce d'ouverture fistuleuse. Du reste, aucune considération ne peut excuser l'usage d'un terme anatomique signifiant autre chose que ce qu'il doit représenter. Pour ce qui est de l'expression de *fistule uréthro-vésico-vaginale*, elle n'indique nullement, comme elle en a la prétention, la lésion du col vésical, et elle pourrait tout aussi bien désigner deux fistules simultanées, l'une uréthro-vaginale et l'autre vésico-vaginale. Celle de *fistule uréthro-vésico-utéro-vaginale* est entachée d'un défaut semblable, et, malgré sa complication, ne désigne point d'une manière exacte l'étendue des parties intéressées. Celle de *fistule urétéro-utérine* enfin offre le même inconvénient que celle de *vésico-utérine*, et, de plus, elle ne désigne qu'une seule espèce de fistule venant de l'uretère, tandis que l'observation en a déjà fait constater plusieurs.

Je crois donc qu'il y a utilité, tant sous le rapport de la précision du langage que sous celui de l'indication complète de tous les cas qui peuvent se présenter, de modifier

les classifications actuelles, et de diviser les différentes fistules de la manière suivante :

1er GROUPE. — Fistules uréthrales ;
2e » — Fistules vésicales ;
3e » — Fistules urétérales ;
4e » — Cloaques uro-génitaux.

Ces quatre groupes, établis d'après le point de départ de la communication anormale, sont subdivisés en groupes secondaires, basés sur la direction et l'issue de la fistule. Le tableau suivant en donne une idée :

FISTULES URO-GÉNITALES.

1er GROUPE. FISTULES URÉTHRALES.	*Fistules uréthro-vaginales,* seule catégorie de ce groupe.
2e GROUPE. FISTULES VÉSICALES.	**A.** *Fistules vésico-vaginales simples,* faisant communiquer directement la vessie avec le vagin ; **B.** *Fistules vésicales cervico-vaginales,* passant par le col de la vessie pour arriver dans le vagin ; **C.** *Fistules vésicales cervico-utéro-vaginales superficielles,* correspondant aux vésico-utéro-vaginales superficielles de Jobert ; **D.** *Fistules vésicales cervico-utéro-vaginales profondes,* se rapportant aux vésico-utéro-vaginales profondes de Jobert ; **E.** *Fistules vésicales cervico-utérines,* correspondant aux vésico-utérines de Jobert ; **F.** *Fistules vésico-utérines,* allant de la vessie à la cavité utérine (fistules non encore observées, mais possibles).
3e GROUPE. FISTULES URÉTÉRALES.	**A.** *Fistules urétéro-vaginales directes,* s'ouvrant directement de l'uretère dans le vagin ; **B.** *Fistules urétéro-vaginales indirectes,* débouchant dans le vagin par les bords d'une fistule vésico-vaginale ; **C.** *Fistules urétérales cervico-utérines,* allant de l'uretère dans l'intérieur du col utérin ; **D.** *Fistules urétéro-utérines* (pour mémoire).
4e GROUPE. CLOAQUES URO-GÉNITAUX.	Fistules comprenant toute la cloison vésico-vaginale. — Pas de subdivision.

Comme je le dirai plus loin, la formation des fistules urétéro-utérines, que je n'indique que *pour mémoire,* est loin d'être aussi facile à comprendre que celle des fistules vésico-utérines. Cependant, comme on ne peut dire que leur établissement est matériellement impossible, j'ai cru devoir en faire mention.

Toutes ces fistules peuvent se combiner, se compliquer, présenter des fusions, des embranchements, qu'une classification ne peut et ne doit pas embrasser, et qui ne sauraient être déterminées que par des descriptions particulières. Les cloaques uro-génitaux, par exemple, peuvent se borner à la lésion de toute la cloison, ou embrasser en même temps des portions du col utérin, du col vésical et de l'urèthre. Des dénominations qui comprendraient toutes ces variétés donneraient lieu à un néologisme par trop discordant, et constitueraient un véritable empiétement sur le domaine de l'histoire pathologique.

CHAPITRE II.

ANATOMIE DU SIÉGE DES FISTULES.

Le vagin, la matrice et ses annexes constituent, vers le milieu de l'excavation du bassin, une espèce de traverse, plus ou moins mobile en haut, fixée, au contraire, inférieurement à l'excavation pelvienne et au détroit inférieur du bassin. Au-devant de cette cloison transversale se trouve le compartiment destiné à la vessie; en arrière, celui qui appartient au rectum. Ces deux organes étant susceptibles de resserrement et de dilatation, agissent par leurs mouvements sur la situation, la forme, la direction et l'étendue des parties mobiles du vagin. La matrice et ses annexes, pendant les déplacements qu'elles peuvent subir, réagissent à leur tour sur ces parties; de sorte qu'il est impossible de leur assigner une manière d'être et des rapports constants, et que l'on doit s'attendre à trouver à cet égard de nombreuses variétés.

Le vagin est *étendu* du fond du vestibule de la vulve

jusque vers le tiers inférieur du col utérin. Sa *direction* suit celle de l'axe de l'excavation du bassin et est par conséquent oblique en haut et en arrière, en formant une courbe à convexité postérieure. Cette direction est assez sujette à varier. Les déviations de la matrice la modifient en entraînant l'organe dans leur sens; les difformités ou les conformations particulières du bassin et surtout de la face antérieure du sacrum peuvent changer la courbure de l'organe, la redresser ou l'augmenter; il en est de même, comme je viens de le dire, de l'ampliation ou de l'état de vacuité des viscères voisins; l'accouchement, en dilatant l'orifice vulvaire, diminue les inflexions du vagin dans une certaine proportion, ce qui fait qu'il est généralement plus incurvé chez les vierges que chez les femmes qui ont eu des enfants; enfin, l'emplacement de la vulve a aussi une grande influence sur la direction du canal. On sait que dans les pays chauds les femmes ont généralement les parties génitales externes dirigées plus directement en avant, tandis que chez les femmes du Nord elles regardent en bas et même en arrière. Dans les climats tempérés, des dispositions semblables, ou intermédiaires entre ces deux extrêmes, peuvent se rencontrer; or, ces conformations, se combinant toujours avec une inclinaison correspondante du bassin, déterminent une déviation de l'axe du vagin, soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens vertical. Il n'est pas inutile de se rappeler la possibilité de ces différences de directions quand on applique le spéculum, qu'on pratique le toucher, ou qu'on veut dans un but quelconque se ménager une entrée facile dans le conduit vulvo-utérin.

La *forme* du vagin, dans l'état normal, est celle d'un cylindre aplati d'avant en arrière, rétréci vers la vulve, élargi vers la matrice, et taillé obliquement à ses deux extrémités, de manière à présenter une paroi antérieure plus courte et une postérieure plus large. Lorsqu'il est

dilaté librement, il représente un cône creux assez régulier, dont la base se trouverait vers la matrice et le sommet tronqué vers la vulve. Quand aucune force excentrique n'agit sur ses parois internes, il est affaissé sur lui-même, sa partie antérieure formant une surface aplatie qui repose sur sa partie postérieure, devenue également plane ou à peu près. Dans cette situation, le vagin présente naturellement plus de largeur et moins d'étendue antéro-postérieure que dans l'état de dilatation. L'accumulation des urines dans la vessie et des fèces dans le rectum augmente cette disposition, qu'il ne faut pas oublier quand il est question de laisser dans le canal des corps étrangers plus ou moins aigus, comme par exemple des extrémités de fils métalliques.

Il y a de grandes variations dans le *volume* total du vagin. Il est moindre chez certaines femmes, en vertu d'une organisation particulière. Les vierges l'ont moins développé que les femmes qui ont usé du coït, et celles qui ont accouché plusieurs fois conservent, en général, une augmentation beaucoup plus marquée encore dans les dimensions de l'organe, ce qui dépend de ce que le travail hypertrophique dont il a été le siége pendant la grossesse n'a pu être complétement effacé après le retour à l'état ordinaire. La longueur du canal est en rapport avec son volume total, et change par conséquent avec les variétés de développement que je viens d'indiquer. Elle change aussi avec toutes les dispositions ou les mouvements qui tendent à l'attirer vers le détroit supérieur ou à le repousser vers la vulve. On ne peut donc donner à cet égard que des mesures moyennes et approximatives. Celles que j'ai prises sur le vagin de femmes ayant eu des enfants variaient entre sept et neuf centimètres pour la paroi antérieure, depuis le méat urinaire jusqu'au col utérin, et entre huit et dix centimètres pour la paroi postérieure, depuis la fourchette jusqu'au fond du

cul-de-sac rétro-utérin. La différence entre la longueur des parois antérieure et postérieure, qui est constante, n'existe pas toujours, m'a-t-il paru, dans les mêmes proportions. Ainsi, il m'est arrivé quelquefois de ne compter qu'un centimètre d'écart, tandis qu'ordinairement j'ai trouvé deux centimètres.

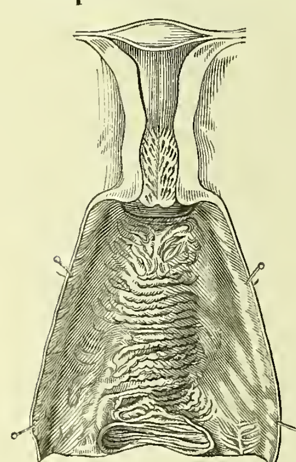
La *capacité* du vagin n'est pas la même, à beaucoup près, dans les différents points de son étendue. Elle est considérablement rétrécie, à l'orifice vulvaire, par la présence de l'aponévrose périnéale moyenne, et surtout par l'apposition du bulbe et de son muscle constricteur, qui jouit de la faculté de diminuer encore l'orifice d'une manière active. A partir de ce point, le vagin se dilate graduellement jusqu'au niveau du col utérin, où il forme un cul-de-sac représentant la partie la plus large de l'organe. Chez les vierges, la présence de l'hymen augmente notablement le rétrécissement de l'orifice vulvo-vaginal, et les caroncules en diminuent à leur tour les diamètres chez les femmes déflorées, en raison de leur développement plus ou moins prononcé. Toutes les causes qui déterminent la dilatation du vagin, et surtout le coït et l'accouchement, augmentent mécaniquement le retrait excentrique des parties non contractiles qui environnent le canal, et amènent en même temps le relâchement et l'atonie des plans musculaires qui ont de l'action sur lui : il en résulte, chez les femmes qui y ont été fréquemment soumises, une augmentation marquée de la capacité du conduit. En outre, toutes les circonstances qui en diminuent la longueur ont pour effet, toutes choses égales d'ailleurs, une augmentation concomitante dans l'étendue de ses diamètres latéraux, et par conséquent une dilatation de sa cavité dans ce sens : c'est ce qu'on voit, par exemple, chez les femmes qui ont la matrice basse, ou qui l'ont simplement engorgée ou affectée de quelque tumeur, ou lors-

qu'elles exécutent un effort qui rapproche ce viscère de la vulve. Le souvenir de toutes ces particularités est utile dans les explorations auxquelles on soumet les parties génitales, soit comme moyens de diagnostic, soit comme préparatoires à une opération. Elles donnent la clef des résistances qu'on peut éprouver quelquefois en certains endroits, de la facilité de locomotion dont jouissent les instruments dans d'autres régions, et du peu d'obstacles que l'on rencontre dans les conditions où se trouvent ordinairement les femmes qui sont affectées d'une fistule uro-génitale.

Le conduit vulvo-utérin est doué d'une grande *dilatabilité,* tant dans le sens de la largeur que dans celui de la longueur. Toutefois son orifice vulvaire n'est extensible que dans des limites beaucoup plus restreintes que ses autres régions, par les raisons anatomiques qui ont été indiquées. Les parties latérales de la moitié inférieure du conduit, étant en contact avec des organes qui ne subissent les dépressions que dans une certaine mesure, sont moins favorablement disposées pour la distension que les parties antérieure et postérieure, qui sont contiguës à des viscères éminemment compressibles : c'est donc dans le sens antéro-postérieur que la dilatation se fait le plus facilement, bien entendu dans l'état de vacuité de la vessie et du rectum. Au niveau de la région utérine du vagin, la dilatabilité parvient à son maximum d'effet : de sorte qu'en cet endroit se trouvent réunies en même temps les conditions de mobilité, de calibre et d'extensibilité les plus prononcées. Naturellement la dilatation du vagin dans le sens latéral et antéro-postérieur coïncide toujours avec la diminution de sa longueur, et vice-versa dans le cas d'élongation de l'organe, au moins dans les circonstances ordinaires et quand rien ne vient empêcher cet effet mécanique.

La *face interne* du vagin présente des saillies de deux espèces. Les premières constituent de véritables plis, trans-

versalement dirigés, et se prononcent d'autant plus que le vagin est plus raccourci par une cause ou par une autre ; ce sont ces plis que rencontre et qu'efface le spéculum pendant son introduction. Les secondes sont formées par des éminences beaucoup moins saillantes, présentant la forme de petites crêtes, ordinairement dirigées transversalement, mais aussi assez souvent obliquement, de manière à rencontrer les crêtes voisines et à s'anastomoser avec elles pour former une espèce de réseau, à peu près à la manière des lanières intermédiaires aux valvules conniventes de l'intestin grêle, mais avec un peu plus de complication. Ces saillies proéminent ordinairement davantage vers la ligne médiane, en avant et en arrière du vagin, et elles y forment ainsi deux espèces de raphés, qu'on a nommés *colonnes* du vagin. C'est, sauf la hauteur des saillies, qui est moindre, une disposition qui rappelle celle des lamelles du cervelet au niveau du vermis inférieur. J'ai vu quelquefois des espèces de colonnes assez bien dessinées sur les côtés du vagin. Les saillies sont d'autant plus nombreuses et plus marquées qu'on les examine plus près de l'orifice vulvaire. Chez les jeunes filles, elles se continuent ordinairement, mais en s'applatissant et en devenant plus rares, jusque vers l'orifice utérin. Mais chez les femmes qui ont eu des enfants, elles disparaissent presque toujours à peu près complétement en cet endroit, et deviennent, du reste, aussi beaucoup moins prononcées et moins nombreuses à l'entrée du canal. Ces éminences crêtées ne s'effacent pas comme les plis du premier ordre sous la pression du spéculum : elles sont



constituées par des élevures dures et pleines de la membrane muqueuse. Celle-ci, dans les intervalles des erêtes et dans son ensemble, présente, chez les femmes qui ont accouché, une couleur rose pâle, qui peut devenir plus foncée à l'époque menstruelle. Chez les jeunes filles, elle est plus rosée. Pendant la grossesse, la muqueuse devient plus flasque, plus bouffie, offre des veinules bleuâtres à sa surface et prend un aspect violacé.

L'*orifice inférieur* de la cavité vaginale est formé, chez les femmes non déflorées, par la membrane hymen, qui s'insère, en haut, immédiatement en arrière du méat urinaire. Comme cette membrane constitue les limites inférieures du conduit vulvo-utérin, il en résulte que les fistules uréthrales s'ouvrent dans ce canal et non point dans le vestibule, et forment ainsi de véritables fistules uréthro-vaginales. Chez les femmes qui ont perdu l'hymen, l'entrée du vagin est formée par une espèce d'infundibulum à parois plissées, et plus ou moins bosselées par la présence des caroncules. L'abus du coït et la répétition des accouchements donnent à l'orifice une flaccidité et une largeur quelquefois considérables. Chez certaines femmes, ces caractères sont si prononcés, que les bords de l'ouverture semblent se rebrousser en dehors, de manière à laisser voir une portion assez étendue de la cavité du canal lui-même. Souvent il existe en outre, sur les côtés et en arrière de la région uréthrale, deux espèces de godets, qui, joints à l'entre-bâillement de l'ensemble de l'orifice, peuvent quelquefois rendre très-difficile l'occlusion chirurgicale pratiquée dans cette région. L'*extrémité supérieure* du vagin se continue avec le pourtour du col utérin, en formant autour de lui une rigole beaucoup plus marquée et plus profonde en arrière qu'en avant. Dans ce dernier sens, la paroi vaginale antérieure s'unit au col à quelques millimètres seulement au-dessus de la partie libre de sa lèvre antérieure; quelquefois même elle semble se confondre

presque directement avec ce bord libre. En arrière, au contraire, la paroi vaginale postérieure ne rencontre la substance du col qu'à cinq millimètres environ de la partie libre de sa lèvre postérieure, en formant un angle beaucoup plus aigu que celui qui existe en avant. Sur les côtés, le lieu de réunion est intermédiaire à ceux des régions antérieure et postérieure, ce qui est en rapport avec la section oblique de la partie supérieure du cylindre représenté par le conduit. L'extrémité inférieure du col utérin fait saillie dans le cul-de-sac vaginal, et s'y ouvre par un orifice tantôt arrondi, comme chez les jeunes filles, tantôt plus ou moins fendu transversalement, comme chez les femmes qui ont eu des enfants, mais généralement formé de telle façon que la lèvre antérieure en est plus mousse et moins allongée que la postérieure. Ces particularités varient considérablement suivant les modifications particulières que les dilacérations produites par les accouchements antérieurs ont imprimées au col utérin, la destruction plus ou moins complète de ses lèvres, son état d'hypertrophie ou d'engorgement, etc. Mais comme il est rare que les formes typiques du fond du canal soient anéanties, elles expliquent comment, dans l'immense majorité des cas, les instruments explorateurs, et surtout le spéculum, ont plus de jeu, de liberté et d'efficacité quand ils sont appliqués sur la partie postérieure du vagin que quand ils sont dirigés sur sa région antérieure.

La *face externe* du vagin, examinée dans ses rapports antérieurs, est intimement unie, en bas, au canal de l'urèthre, dont la dissection la plus fine ne parvient pas à le séparer. Au delà du col vésical, une couche mince de tissu conjonctif commence à s'interposer entre lui et la vessie. Cette couche augmente insensiblement en épaisseur et en laxité jusqu'à l'endroit où le canal se continue avec le col utérin. Là le tissu connectif se confond avec celui

qui double la portion de péritoine qui passe de la vessie sur l'utérus. Dans l'état de réplétion de la poche urinaire, celle-ci refoule en haut la membrane péritonéale, qui est encore assez lâchement unie à la partie inférieure de la paroi antérieure du col utérin; mais, lorsque la poche est vide, comme cela a lieu dans le cas de fistule, le péritoine s'abaisse au point de venir tapisser une certaine partie du vagin lui-même, et l'on comprend que l'incision des attaches de ce conduit à la lèvre antérieure du col utérin, telle qu'elle se pratique d'après la méthode de Jobert, tombe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et, si elle n'est point faite avec beaucoup de prudence, expose indubitablement à la blessure de cette membrane. En arrière, la face externe est intimement unie en bas au rectum par toute l'épaisseur des parties qui constituent le périnée. Celui-ci ayant une forme conique à base tournée vers la peau, détermine l'incurvation en avant de la paroi postérieure du vagin, et éloigne ainsi son orifice de celui de l'anus, qui est reporté en arrière. Les deux tubes se rapprochent rapidement en remontant, et se touchent sans autre intermédiaire qu'une couche de tissu conjonctif, à trois centimètres environ de la surface cutanée du périnée. A partir de ce point, le tissu cellulaire interposé entre les deux organes devient de plus en plus lâche et abondant au fur et à mesure qu'on se rapproche du cul-de-sac vaginal, et lorsqu'il est arrivé à cet endroit, il se continue avec celui qui double la lame du péritoine qui se réfléchit du vagin sur le rectum. Le point de cette réflexion varie suivant la position des organes voisins et la pression plus ou moins forte des viscères ou du liquide engagé dans le bas-fond du péritoine, cette membrane jouissant en cet endroit d'une assez grande mobilité. Ordinairement, quand aucune influence ne la fait descendre, le repli se fait à quinze millimètres environ au-dessous de la partie la plus élevée de

la paroi postérieure du vagin. Quand cette influence existe, le point de réflexion peut s'abaisser jusqu'à deux et trois centimètres et même plus, surtout au fond de l'excavation péritonéale, entre les ligaments de Douglas. Dans tous les cas, il y a toujours une certaine étendue du vagin qui est là en contact immédiat avec le péritoine; et cette disposition explique comment des opérations pratiquées en cet endroit, par l'intérieur du conduit utéro-vulvaire, sont si délicates et si dangereuses.

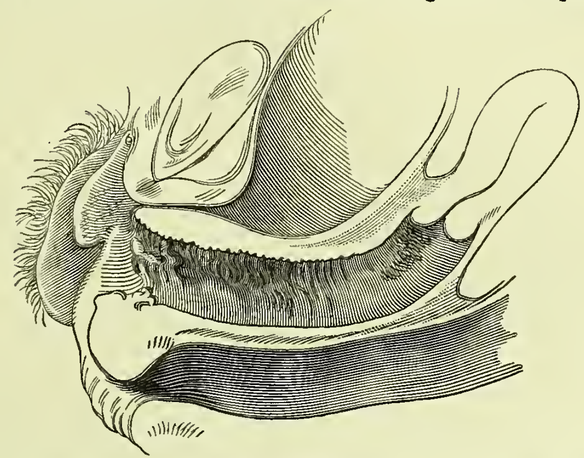
Les *côtés* du vagin sont en rapport, de bas en haut, avec le muscle constricteur et son bulbe; puis, avec des parties qui le fixent aux os formant le détroit inférieur du bassin, c'est-à-dire les muscles ischio-caverneux et les racines du clitoris qu'ils recouvrent, et l'aponévrose moyenne; plus haut, avec le releveur de l'anus, qui se fixe sur eux et les recouvre, dans une certaine étendue, en les rattachant aux parois de l'excavation pelvienne; enfin, avec le tissu cellulaire abondant, les nerfs, les lymphatiques et les nombreux vaisseaux artériels et veineux qui se trouvent entre les deux feuillets du ligament large, à la base de ce repli.

Une chose fort importante à apprécier, au point de vue des fistules, c'est la disposition des *cloisons vésico-vaginale* et *recto-vaginale*, mais surtout de la première. Comme je l'ai dit dans une communication que j'ai faite sur ce sujet à l'Académie en 1863 (1), cette disposition s'apprécie mieux sur des coupes verticales et transversales que par la dissection. En faisant la démonstration de cette manière, on trouve que la paroi vésico-vaginale est beaucoup plus épaisse chez une femme mère que chez une jeune fille, et que chez la première, l'épaisseur peut varier considérablement suivant la quantité de sang qui se trouve dans les

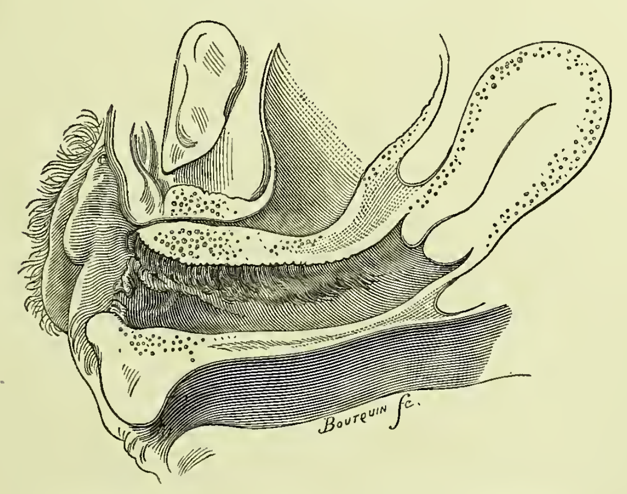
---

(1) *Mémoires de l'Acad. royale de Méd. de Belg*, 1863, t. IV, p. 304.

vaisseaux au moment de l'examen et selon le volume de la membrane musculaire de la vessie. En général, l'épaisseur



Coupe verticale et longitudinale de la vessie, du vagin et du rectum chez une femme mère (1).

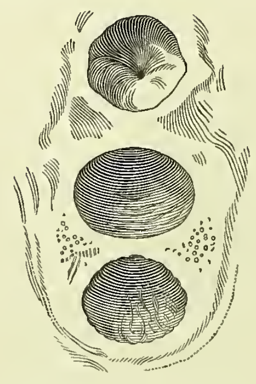


Coupe verticale des mêmes organes chez une femme mère, après une injection artérielle.

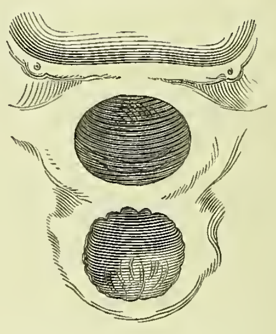
---

(1) D'après une pièce conservée, comme les suivantes, dans l'alcool. (Demi grandeur.)

de la cloison est très-faible vers le méat urinaire : elle n'y est guère que de deux à trois millimètres; mais elle augmente bien vite en arrière, de manière à atteindre déjà six à huit millimètres quand elle est arrivée à cinq millimètres de l'orifice. Vers le col de la vessie, elle s'accroît encore



Coupe verticale et transversale de la vessie, du vagin et du rectum distendus artificiellement, immédiatement derrière le col vésical.



Vessie, vagin et rectum dilatés, sur une coupe transversale faite un peu en arrière du milieu du vagin.

notablement et offre à peu près un centimètre et quart; au delà du col, elle a de huit à dix millimètres; et vers le col utérin, elle s'épaissit au point d'atteindre de douze à quinze millimètres. L'épaisseur de la paroi vaginale est à celle de la paroi vésicale comme 4 : 3. L'épaisseur totale des deux parois réunies est susceptible de diminuer ou d'augmenter, suivant qu'on exerce sur elles un certain effort : ce qui revient à dire que les deux organes sont plus ou moins dépressibles et que le tissu cellulaire qui les réunit est plus ou moins lâche. Il faut noter seulement que le tissu du vagin est moins facile à aplatir et à condenser que celui de la vessie, et que l'écartement des deux viscères, qui n'est possible qu'à partir du col vésical, est d'autant plus facile qu'on se rapproche davantage de la région du

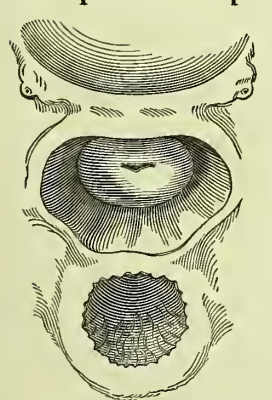
col utérin, où la diduction peut aller jusqu'à donner à la cloison une épaisseur de deux à trois centimètres, et même plus. Le mouvement des organes l'un sur l'autre étant en raison de la masse et de l'extensibilité du tissu connectif interposé entre eux, il en résulte que nulle part le glissement n'en est aussi libre ni aussi étendu qu'à leur partie supérieure. La vessie et le vagin constituant des organes convexes adossés, s'écartent naturellement au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de la ligne médiane, ce qui fait que l'épaisseur de la cloison est un peu plus grande sur les côtés qu'au milieu. Examinée sous le rapport de la consistance, c'est à sa surface vaginale que cette cloison présente cette propriété à son maximum de développement. La dureté diminue un peu à partir de cet endroit jusqu'à la face externe du vagin, où se trouve le tissu le plus mou; puis vient la partie la plus dense de la vessie, qui appartient à sa tunique musculeuse; et enfin se présente la membrane muqueuse, qui est beaucoup plus flasque et moins solide. Tandis que la substance appartenant au vagin forme un tout continu et indivisible dont les différentes parties ne peuvent se mouvoir l'une sur l'autre, les deux membranes propres à la vessie glissent sur elles-mêmes, et l'on peut aisément les séparer, quoiqu'il soit moins facile de le faire que de détacher le vagin des deux couches vésicales, surtout à sa partie supérieure. Quant à la paroi recto-vaginale, elle présente, au delà du renflement périnéal, un peu moins d'épaisseur et de consistance que la cloison vésico-vaginale, et le tissu connectif qui est interposé entre les deux viscères est encore plus lâche.

On comprend combien toutes ces particularités sont fécondes en conséquences chirurgicales. Elles démontrent que la couche de tissu sur laquelle l'opérateur peut agir utilement pour pratiquer l'avivement et la suture, offre une épaisseur, une cohésion, une dureté et une résistance

assez prononcées; que cette couche jouit d'une mobilité suffisante sur celle qu'il faut respecter, pour lui permettre d'obéir facilement aux tractions qui s'exercent sur elle et de se porter dans le sens du rapprochement des lèvres avivées; que cette mobilité doit rendre souvent inutiles les incisions dites *libératrices;* que celles-ci, attaquant un tissu conjonctif qui va se continuer avec celui qui revêt la face adhérente du péritoine, doivent exposer à l'extension de l'inflammation vers cette membrane et offrir par conséquent de véritables dangers; que le glissement du vagin sur les parties sous-jacentes étant nul au niveau du canal de l'urèthre et du col vésical, la réunion se fait là plus difficilement que dans les régions plus élevées; qu'enfin la mobilité et la flaccidité de la couche vésicale de la cloison la rendent peu propre à un avivement régulier et à un affrontement exact.

Sur les côtés de la paroi vésico-vaginale, et dans une certaine étendue entre ses deux lames, se trouve l'uretère, dont la position doit être soigneusement étudiée. D'abord, il faut se rappeler que ce canal, venant de la partie postérieure du détroit supérieur, sur lequel il est couché vers la symphyse sacro-iliaque, doit aboutir à la face interne de la vessie, ce qui fait qu'il présente naturellement des rapports plus intimes avec cet organe qu'avec le vagin et le col de la matrice. L'uretère a, en outre, une tendance marquée à rester accolé aux surfaces de l'excavation du bassin, qu'il ne quitte qu'après un trajet assez long. En descendant du détroit supérieur, il se couche donc contre la face interne de l'ilion, passe au-devant et en dedans des vaisseaux hypogastriques, tapissé immédiatement en cet endroit par le péritoine, se porte ensuite sous la base du ligament large, où il laisse la plupart des vaisseaux utérins et vaginaux derrière lui, croise le ligament rond sous lequel il s'insinue, et arrive enfin, en se dirigeant en haut, en dedans et en

avant, vers les côtés de la cloison vésico-vaginale. Là, il se trouve encore à une certaine distance du vagin, et laisse en arrière et en dessous les vaisseaux propres à cet organe; et ce n'est que quand il commence à s'insinuer entre les couches de la vessie que les rapports commencent, d'une manière toujours plus ou moins médiate, avec la face antérieure du conduit utéro-vulvaire. Dans tout ce trajet, l'uretère jouit d'une grande mobilité; il peut se déplacer dans tous les sens en suivant, jusqu'à un certain point, les mouvements des organes voisins, et en changeant ses rapports avec eux : ainsi, quand la matrice est portée en haut, l'uretère se place en dessous et en arrière du col de ce viscère, bien entendu en s'en tenant toujours latéralement à une certaine distance; quand la vessie se distend, il se porte en avant et en haut et se rapproche du col utérin, en ayant une tendance à prendre, relativement à lui, une position plus antérieure; quand le vagin se dilate, ses rapports avec ce canal deviennent moins éloignés. Ces dispositions rendent compte de la difficulté qu'il y a à bien préciser la position respective du col utérin, du vagin et des uretères, à les déterminer par des mesures fixes, et à faire sur des sujets différents des observations dont l'une concorde avec l'autre. Il faut donc s'attendre à trouver sous ce rapport de grandes variations dans les appréciations des anatomistes. Dans l'état le plus ordinaire des choses, j'ai trouvé que l'uretère passe à vingt-six millimètres de distance de la base du col utérin et à peu près dans le même plan transversal, et qu'au niveau du museau de tanche il en est éloigné de vingt-deux millimètres et se trouve dans un


Coupe transversale au-dessous du col utérin.

plan un peu antérieur. En traversant obliquement la tunique musculaire et la tunique muqueuse de la vessie, l'uretère devient partie intégrante de cet organe dans l'étendue de quinze millimètres environ. En s'ouvrant dans le réservoir urinaire, les deux canaux sont placés à une distance qui varie d'une manière sensible, de même que celle qui les sépare du col vésical : ainsi, l'intervalle entre les orifices et celui qui existe entre ceux-ci et le col peuvent n'être que de deux centimètres, tandis que d'autres fois l'éloignement peut aller jusqu'à quatre centimètres et même quatre centimètres et demi dans les deux sens. Cela dépend de ce que l'écartement de ces trois points suit non-seulement les variations de grandeur et de développement normaux de la vessie, mais encore les dilatations et les resserrements momentanés que cette poche peut présenter.



Relations, dans l'intérieur de la vessie, du col vésical et des deux uretères.

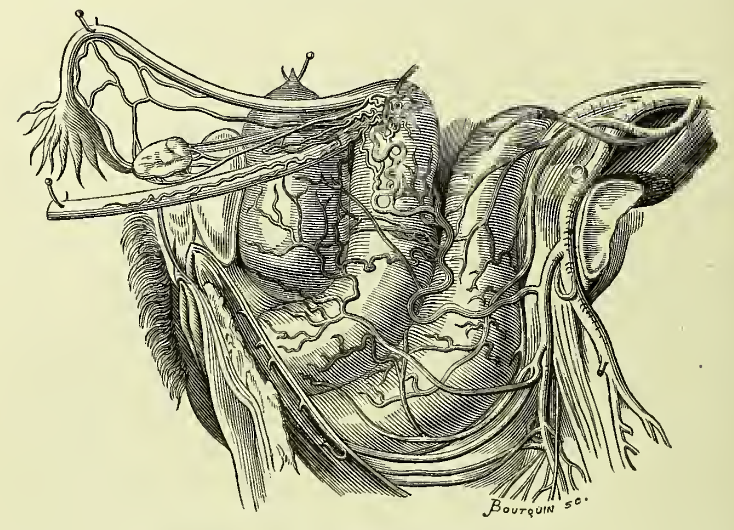
On voit par cette description que les uretères doivent souvent échapper à l'action des causes qui produisent les fistules; qu'ils y sont d'autant moins exposés que celles-ci se forment vers les limites extrêmes, c'est-à-dire en bas ou en haut de la paroi vésico-vaginale; que les ouvertures vésicales cervico-utérines ont peu de chance de les intéresser; et que la partie de ces conduits qui est le plus vulnérable est celle qui est comprise dans les parois de la vessie. Elle fait cependant comprendre aussi que, dans certaines circonstances particulières, le corps des uretères peut être atteint, par exemple quand les fistules sont grandes, lorsqu'elles se forment latéralement, et même quand elles siégent au col de la matrice. Elle rend compte enfin de la possibilité, dans les cas où il n'y a pas d'adhérences trop insolites, de pratiquer l'avivement et la suture d'une fistule

qui comprend l'uretère, sans intéresser ce canal et sans le renfermer dans les anses des fils.

Le vagin est *composé,* de dedans en dehors, d'une muqueuse formée d'un tissu conjonctif très-dense mélangé d'un grand nombre de fibres élastiques, surmontée à sa face libre de rugosités crêtées revêtues elles-mêmes de nombreuses papilles. Cette face est tapissée d'un épithélium stratifié qui cesse à l'orifice du col utérin. Il y a peu ou point de glandes dans l'épaisseur de la membrane. Sa face profonde se confond insensiblement avec la couche suivante, qui est formée de fibres musculaires lisses, entre-croisées dans tous les sens de manière à former une espèce de feutre qu'il est impossible de diviser en plusieurs lames. Ces fibres, fortement adhérentes à la muqueuse, disparaissent insensiblement en dehors, s'entremêlent de tissu conjonctif, de tissu élastique et de vaisseaux, et se continuent en haut, autour du col utérin, avec les fibres musculaires propres à la matrice. En dehors de la couche musculaire, qui est la plus épaisse, se trouve celle de tissu conjonctif, formée de fibres d'abord assez serrées, puis de plus en plus lâches, et mélangée de réseaux vasculaires et de fibres élastiques. A l'entrée du vagin, les parois de l'organe sont doublées d'un véritable tissu érectile formé par le bulbe, recouvert lui-même d'une membrane musculaire à fibres striées constituée par le muscle constricteur.

Les *artères* du vagin viennent de deux sources, l'hypogastrique et l'ovarique. Comme les branches viscérales du premier de ces troncs offrent de grandes variétés, surtout à leur origine, il se peut qu'on voie les artères vaginales provenir, soit directement du tronc, soit de ses branches primaires ou secondaires, honteuse interne, vésicales, hémorrhoïdales moyennes, utérine, et même fessière et obturatrice. Dans tous les cas, les artères se rendent sur les côtés du vagin en se portant entre les lames des liga-

ments larges, et remontent pour s'anastomoser sur les côtés de l'utérus avec les artères ovariques. Des ramifications, nées de ces premières branches, se répandent ensuite dans



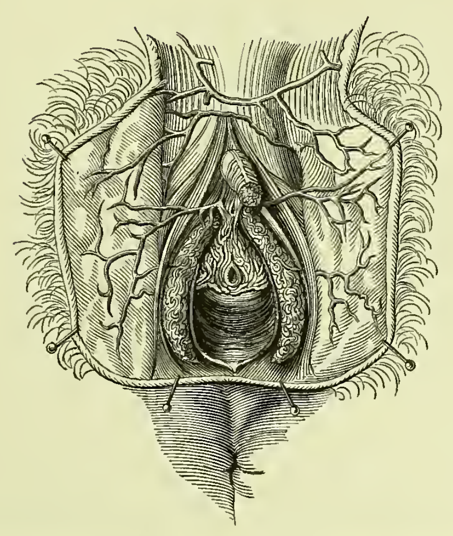
Artères du rectum, de la vessie et du vagin (1).

la tunique externe du vagin, puis dans la moyenne, et enfin dans la muqueuse.

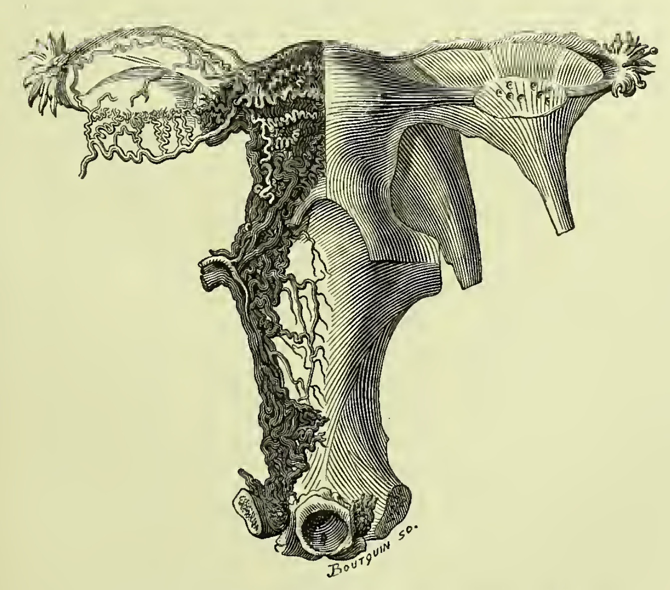
Les *veines* forment un réseau considérable et sont constituées par les branches assez volumineuses qui prennent naissance à l'intérieur des couches libres de la muqueuse, passent ensuite dans la tunique musculaire, puis dans le réseau qui se trouve placé sur les côtés de l'organe. Ce réseau communique en bas avec celui qui, provenu du bulbe du vagin et du clitoris, s'est porté sous le pubis, en traversant l'aponévrose périnéale moyenne sous la forme de sinus adhérents à cette membrane, pour arriver dans

(1) Cette figure, comme les deux suivantes, sont tirées de l'atlas de MM. C. Bonamy, P. Broca et E. Beau.

le bassin, entourer le col vésical et aboutir aux côtés du



Veines du bulbe vaginal, du méat urinaire et du clitoris.



Veines du vagin. Les vaisseaux moins foncés sont des artères.

vagin. Il va se jeter en définitive dans les veines hypogastriques et ovariques.

Les vaisseaux lymphatiques suivent la même voie que les veines, bien entendu à partir des organes renfermés dans l'intérieur du bassin. Les nerfs viennent des plexus hypogastriques.

Les considérations pratiques générales qui découlent de ces notions anatomiques sont, que l'opérateur peut compter en même temps sur la solidité, la cohésion, l'élasticité et le peu d'énergie contractile du vagin; que les parties organisées en vue de la sensibilité se trouvent principalement à son extrémité inférieure; et que le danger de produire des hémorrhagies existe surtout entre le pubis et le canal de l'urèthre, au-dessous du clitoris, vers le col vésical et sur les côtés du vagin, tandis que cet accident est moins à craindre quand on se rapproche de la ligne médiane du tube vulvo-utérin.

CHAPITRE III.

ÉTIOLOGIE.

Sous le rapport étiologique, on peut diviser les fistules uro-génitales en *congénitales* et en *accidentelles*. Celles-ci se subdivisent naturellement en *traumatiques* et en *pathologiques* proprement dites.

FISTULES CONGÉNITALES.

Les fistules de cette espèce doivent être très-rares, puisqu'on en trouve à peine des traces dans les auteurs d'anatomie pathologique et de chirurgie pratique. M. Cruveilhier, par exemple, ne leur consacre aucun article dans l'histoire qu'il fait des fistules bi-muqueuses ; Deyber (1)

---

(1) Deyber, *Essai sur les fistules urinaires vaginales*, Thèse de Strasbourg (1827).

ne cite que J.-L. Petit comme ayant observé deux fois cette difformité sur de jeunes filles chez lesquelles manquaient l'urèthre et le col de la vessie. On pourra lire plus loin le résumé d'une observation publiée par la Société anatomo-pathologique de Bruxelles (1), dans laquelle il est question d'une lésion des voies urinaires qui semble devoir rentrer dans cette catégorie. C'est le seul cas de cette espèce que j'aie observé. Je ne rechercherai point ici les causes de ce genre d'affections, dont la détermination appartient plus spécialement à la tératologie. Je me bornerai à dire que, sous le rapport du pronostic, on ne doit plus les considérer aujourd'hui comme le faisaient les anciens, et que, grâce aux nouveaux moyens dont dispose la chirurgie moderne, on pourrait, si on venait à en rencontrer, ne pas désespérer de les guérir au moyen d'une opération.

FISTULES ACCIDENTELLES.

A. — *Fistules traumatiques.* — Ces lésions peuvent être déterminées par des agents vulnérants dirigés sur la cloison vésico-vaginale, soit par l'intérieur de la vessie, soit d'avant en arrière, soit par le vagin.

La science possède un assez grand nombre de cas de fistules produites par l'action de corps vulnérants introduits dans la vessie par l'urèthre. Des épingles, des aiguilles à cheveux et une foule d'autres corps y ont été engagés imprudemment, et, quand ils ne s'y sont pas logés de manière à devenir le noyau de concrétions urinaires, ont pu se diriger perpendiculairement vers le bas-fond de l'organe, le perforer et entrer dans le vagin. Mor-

(1) *Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, 1860, Bulletin n° 3, p. 18.

gagni (1), Morand (2) et quelques autres citent des exemples de ce genre. Une sonde mal fixée dans la poche urinaire (3) peut passer dans le conduit utéro-vulvaire. Des débris d'instruments lithotriteurs ou autres, un cathéter introduit par une main brutale ou inexpérimentée sont encore capables de produire cette lésion, comme l'attestent Dieffenbach et von Scanzoni (4).

La symphyséotomie, des esquilles provenant d'une fracture du pubis, une plaie faite par une arme à feu, des manœuvres grossières pratiquées par des sages-femmes ignorantes pour dilater le vagin, manœuvres qu'on a vues produire la déchirure de l'urèthre, du col vésical et du vagin, ainsi que le rapportent Fabrice de Hilden (5), Slevogt (6), Thiriat (7), et dont j'en ai moi-même cité un exemple (8), peuvent, en agissant d'avant en arrière sur la cloison uro-génitale, donner lieu à la production d'une fistule.

Les causes traumatiques les plus fréquentes sont celles qui exercent leur action de la cavité vaginale vers la vessie. C'est ici que se rangent les pessaires et d'autres corps étrangers, des agents vulnérants plus ou moins pointus

---

(1) Morgagni. *De Sedibus et causis morborum.* Epist. 42, Art. 25.

(2) *Mémoires de l'Académie des Sciences* pour l'année 1735.

(3) Levret, *Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent aux progrès de l'art des accouchements.* Paris, 1766, p. 194.

(4) von Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme,* 1858.

(5) Guil. Fabrici Hilden. *Observationum chirurgicarum centuriæ.* Basiliæ, 1606.

(6) Schlevogtius, *De incont. urinæ,* in Mittelhäuser, *Dissertatio medica de incontinentia urinæ ex partu, etc,* 1716.

(7) Cité par Murat, in *Dictionnaire des Sciences médicales,* t. LVI, p. 463.

(8) *Bull. de l'Acad. royale de Méd. de Belg.,* 2me série, t. V, n° 1.

introduits par accident ou par une main criminelle, la lithotomie vagino-vésicale, la ponction de la vessie par le vagin, certaines opérations pratiquées pour remédier à l'atrésie vaginale, l'amputation totale de l'utérus ou celle de son col, le coït, les manœuvres obstétricales et l'accouchement laborieux.

Le séjour trop prolongé de pessaires d'une forme vicieuse ou d'une substance poreuse; des éponges, des tampons, canules, bougies, mal employés ou non suffisamment renouvelés, des corps étrangers de toute espèce introduits dans un but inavouable, peuvent finir par ulcérer et perforer la cloison vagino-vésicale. Il n'est pas très-rare de rencontrer dans la pratique le premier degré des lésions que peuvent produire ces agents, c'est-à-dire l'ulcération, la formation de fongosités et de végétations, qui incrustent et retiennent les corps étrangers de manière à en rendre quelquefois l'extraction extrêmement laborieuse. Levret (1), Sabatier (2), Dupuytren (3), Morand (4), Samuel Cooper (5) et beaucoup d'autres praticiens ont eu à exercer leur génie chirurgical contre des difficultés de cette espèce. Le second degré, ou la perforation complète de la cloison, est beaucoup moins fréquent; cependant il a été rencontré par un certain nombre d'observateurs, parmi lesquels je citerai Fabrice de Hilden (6), Breschet (7),

---

(1) *Journal de médecine, chirurgie, etc.*, par A. Roux. Janvier 1775.

(2) Sabatier, *De la médecine opératoire,* 1822, t. IV, p. 94.

(3) *Dictionnaire des Sciences médicales,* t. VII, p. 48.

(4) Sabatier, ouvrage cité.

(5) *Dictionnaire de chirurgie*, traduit de l'anglais. Paris, 1826.

(6) Fabric. Hild., *Oper. omn.* Obs. 68.

(7) *Dictionnaire des Sciences médicales,* t. VII, p. 48.

Bérard, Dupuytren (1), Lisfranc (2), Dieffenbach (3) et Busch (4). Dupuytren eut un jour à extraire du vagin un pessaire d'ivoire en bilboquet, qui s'était frayé une route dans la vessie et le rectum : il n'y parvint qu'avec les plus grandes difficultés; mais, chose remarquable, la femme, après l'opération, guérit de ses deux fistules (5). Un de mes anciens maîtres, André Uytterhoeven, ayant été consulté par une femme qui souffrait d'une dysurie opiniâtre, pratiqua le cathétérisme, et fut fort étonné de tomber sur un corps dur et immobile situé au milieu de la vessie : vérification faite, il se trouva que ce corps n'était autre qu'un pessaire que la patiente portait depuis nombre d'années sans avoir jamais songé à le renouveler.

L'introduction violente dans le vagin de corps plus ou moins piquants ou contondants venus du dehors, doit être regardée comme une des causes les plus rares de la production des fistules vésico-vaginales. Le fait cependant est loin d'être impossible. J'ai vu pour ma part deux cas de véritable empalement : l'un, chez un ingénieur qui, tombant avec un pont qui s'écroulait, rencontra un pieu qui lui traversa l'excavation ischio-rectale et alla s'engager dans la paroi antérieure du sacrum; l'autre, chez un maçon qui avait fait une chute dans un puits, au fond duquel se trouvait un morceau de manche à balai qui pénétra dans le rectum pour aller aussi s'enfoncer dans le sacrum. Supposons qu'une femme soit soumise à un pareil

---

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. VII.

(2) *Revue médicale française et étrangère*. Mars 1831.

(3) *Medic. Zeitschrift vom Vereine für Heilkunde in Preussen*. Berlin, 1836, n° 25.

(4) Busch, *Das Geschlechtsleben des Weibes*. Leipzig, 1841, t. III, p. 164.

(5) Loc. cit.

accident, et que le corps étranger pénètre dans le vagin suivant une direction un peu plus oblique et avec un peu moins de force, on comprend qu'il pourra traverser la cloison vagino-vésicale et ne point dépasser la cavité de la vessie. Murat rend compte, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* (1), d'une lésion simultanée du rectum et de la vessie, observée par Horstens, et occasionnée par un morceau de bois. M. Aubinais dit qu'il a eu à traiter une fistule survenue à la suite d'une chute sur l'oreille d'un chaudron (2). M. W. A. Freund (3) a vu une fistule produite par une épine engagée dans la cloison pendant une chute que fit une femme sur une haie, au moment où elle voulait la franchir en l'enjambant. M. Churchill rapporte (4) qu'un homme ayant brutalement introduit le doigt dans le vagin d'une femme accroupie pour uriner, lui endommagea tellement cet organe qu'il se perfora et devint le siége d'une fistule. Je ne sais si cette citation de M. Churchill fait allusion à un fait absolument semblable que j'ai cité à l'Académie de Médecine de Belgique (5), ou s'il appartient à l'observation de cet auteur lui-même.

Il y a eu dans le temps des discussions sur la question de savoir si la lithotomie vagino-vésicale exposait ou non à des fistules consécutives. Les uns soutenaient, avec Clémot et Sabatier, que la plaie produite par cette opération, étant

---

(1) T. LVI, p. 461.

(2) *Journal de la Société de Médecine de la Loire-Inférieure*, 1852-1853.

(3) Wilh. Al. Freund, in Betschler, *Klinische Beiträge zur Gynäkologie*. Breslau, 1862, p. 42.

(4) Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, 1866, p. 880.

(5) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1862, 2me série, t. V, p. 21.

régulière et nettement tranchée, tendait naturellement à se cicatriser et à fermer bientôt ainsi le passage aux urines. Ils s'appuyaient surtout sur trois cas de Clémot, dans lesquels l'occlusion de l'ouverture pratiquée par l'instrument tranchant s'était faite, soit immédiatement, soit consécutivement. Les autres, avec J.-L. Petit, Richter, Desault, Boyer et Richerand, soutenaient la thèse contraire. Les chirurgiens modernes, éclairés par les insuccès survenus entre les mains de Flaubert, Rigal et autres, par ceux signalés dans le Dictionnaire de James et par les résultats de leur expérience personnelle (1), sont revenus aujourd'hui des idées qui avaient cours au commencement de ce siècle, et reconnaissent presque tous que la taille vésico-vaginale, si elle offre de nombreux avantages, expose incontestablement à la persistance d'une communication entre les deux organes qu'elle intéresse. J'ai pu constater par moi-même le peu de confiance qu'il faut avoir dans l'occlusion spontanée de l'ouverture résultant de cette opération, et l'on trouvera dans mes observations (Obs. IV) un cas où j'ai été obligé d'employer la suture américaine pour en obtenir la guérison.

Ce que je viens de dire de la lithotomie peut s'appliquer en partie à la ponction de la vessie par le vagin. Les opinions ont été aussi partagées autrefois sur les conséquences qu'elle peut avoir au point de vue de la formation d'une fistule : ainsi J.-L. Petit disait que « le trois-quarts » ne fait qu'écarter les fibres, et que son action ressemble » à celle d'un coup d'épée dans l'eau (2), » tandis que

---

(1) Deyber, ouvrage cité, p. 8. — Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, 1841, t. V, p. 537. — Jobert de Lamballe, *Traité de chirurgie plastique*, t. II, p. 339.

(2) J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales*, 1774.

Richter (1) et Roux (2) affirmaient que la ponction de la vessie par le rectum était suivie du passage consécutif des urines dans l'intestin, ce qui, suivant la remarque de Deyber (3), implique la possibilité de l'apparition du même accident après la piqûre de la cloison vésico-vaginale. Je dois me rallier à la manière de voir de ces derniers chirurgiens. Toutefois, je crois qu'il est nécessaire d'établir à cet égard quelques distinctions qui sont de nature à faire varier les résultats. Si, par exemple, on enfonçait par le vagin une aiguille à acupuncture dans la vessie, je ne pense pas qu'il s'ensuivrait la formation d'un pertuis fistuleux, car l'instrument ne ferait réellement alors qu'écarter les fibres, comme le disait J.-L. Petit. Il en serait de même si l'on évacuait l'urine par une ponction faite avec une bonne aiguille cannelée : car nous voyons tous les jours celle-ci pénétrer dans des poches remplies de liquides et en amener une certaine quantité à l'extérieur sans qu'il en résulte un orifice persistant à l'endroit piqué. C'est même cette propriété qui me fait regarder ce petit instrument comme le moyen explorateur par excellence. Mais les choses se passent autrement, à coup sûr, après l'introduction d'un trocart ordinaire, quelque mince qu'il puisse être : car son poinçon, aiguisé triangulairement à sa pointe de manière à y présenter trois petits tranchants, ne pénètre plus entre les tissus, mais les coupe pour les traverser ; et quoique ces incisions soient fort peu étendues, elles sont évidemment suffisantes pour permettre à un liquide aussi pénétrant que l'urine de les suivre et de s'épancher au dehors. La raison qui détermine la formation d'une fistule

---

(1) Richter, *Anfangsgründe der Wund-Arzneikunst,* 1800.

(2) *Dictionnaire de Médecine,* t. XVIII, p. 417.

(3) Deyber, Thèse citée, p. 9.

après l'usage de cet instrument est la même que celle qui me le fait rejeter, avec beaucoup de chirurgiens, pour les ponctions exploratrices ordinaires, du moins quand il y a du danger à produire une ouverture permanente consécutive.

On est quelquefois obligé de pratiquer des opérations pour remédier à une atrésie ou à un rétrécissement du vagin. Pour peu que le bistouri s'égare pendant ces manœuvres chirurgicales, il peut arriver qu'il pénètre dans la vessie alors qu'on croit le porter vers la matrice. Des fistules produites ainsi par maladresse ou inadvertance ont été observées par De Haën (1), Dieffenbach et Chélius (2). — W. A. Freund (3) raconte qu'une lésion pareille, qu'on avait longtemps cru conduire dans un vagin borgne non suivi d'utérus, fut présentée, à Prague, à un congrès de médecins et de naturalistes, et que là le cathétérisme fit reconnaître l'erreur commise et constater l'existence d'une vaste fistule urinaire. L'extirpation complète de l'utérus, l'amputation du col pratiquée pour des engorgements carcinomateux ou comme moyen de remédier au prolapsus de la matrice, peuvent aussi avoir pour conséquence une perforation de la cloison vésico-vaginale; et cet accident peut surtout se montrer dans la dernière de ces affections, où, comme l'a indiqué M. von Scanzoni (4), la vessie descend si bas en suivant les parties déplacées, que l'amputation du col utérin en rend la lésion presque inévitable.

Il est assez difficile de comprendre que le coït puisse

---

(1) De Haën, *Ratio medendi*, t. III, part. 6, cap. 2.

(2) Chélius, *Uber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch Cauterisation*. Heidelberg, 1844.

(3) W. A. Freund, ouvrage cité, p. 42.

(4) von Scanzoni, *Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie*, 1860, t. IV, p. 329.

produire des désordres tels qu'il s'ensuive une perforation de la cloison vésico-vaginale : rien cependant n'est plus vrai. Munniks (1) avait déjà indiqué la possibilité de ce mode de formation des fistules. Murat (2) rapporte que Diemerbroek a observé un cas de rupture du vagin produite pendant l'acte vénérien. J. Bürkner (3) cite l'exemple remarquable d'une femme des environs de Breslau, qui, à peine accouchée, eut à subir les approches brutales de son mari, ivre et phthisique, qui lui contusionna tellement le vagin qu'il en résulta une vive inflammation dont l'issue fut une perforation. Le docteur J.-E. Polak, médecin du Shah de Perse, a fait connaître un cas plus singulier encore (4) : c'est celui d'une jeune négresse de douze ans, affectée en même temps d'une déchirure du périnée et d'une énorme fistule vésicale, produites, à l'âge de six ans, lors de son passage de Mascat à Buchir, où elle avait été violée et réduite en cet état par un vigoureux et lubrique marchand d'esclaves.

Les manœuvres obstétricales ont été souvent accusées d'être la cause de la plupart des fistules. Pour certains auteurs, le forceps, le levier, les crochets, les opérations manuelles, l'embryotomie doivent être regardés comme les plus grands coupables parmi les fauteurs de cette malheureuse affection. Rœderer (5), Berdot (6), Sauce-

---

(1) Joh. Munniks, *Chirurgia, etc.* Traj. ad Rhen., 1689.

(2) *Dictionnaire des Sciences médicales,* t. LVI, p. 461.

(3) Bürkner, *De fistula vesico-vaginali.* Vrat., 1833, p. 6.

(4) *Wiener medicinische Wochenschrift,* 1861, p. 116.

(5) Roederer, *Éléments de l'art des accouchements.* Paris, 1765.

(6) Berdot, *Abrégé de l'art d'accoucher,* 1774, tome II, p. 514.

rotte (1), Velpeau (2), Detroit (3), Kiwisch (4), Jobert (5), Vidal (6), MM. Freund (7), von Scanzoni (8), Churchill (9), Nélaton (10), Bedford (11) et beaucoup d'autres ont admis cette manière de voir et attribué une influence plus ou moins grande à cet ordre d'agents vulnérants. Le professeur de New-York surtout s'élève avec force contre ce qu'il appelle « l'usage malheureusement trop fréquent » et souvent impardonnable des instruments,» et il n'hésite pas à leur attribuer les fistules dont il parle dans son livre. Cependant d'autres praticiens exonèrent, au contraire, les opérations obstétricales des accidents qui peuvent être observés après l'accouchement, et cherchent à rattacher la formation des fistules à des causes d'une autre nature. Plusieurs d'entre eux défendent avec énergie les accoucheurs, qu'ils prétendent être l'objet d'accusations injustes, et prennent à leur tour le rôle d'accusateurs, en attri-

---

(1) Saucerotte, *Mémoire à consulter sur une déchirure de la partie antérieure du vagin et de la partie de la vessie qui y correspond.*

(2) Velpeau, *Leçons orales de clinique chirurgicale.* Bruxelles, 1841, p. 120.

(3) Detroit, *Cursus der Geburtshülfe, etc.* Berlin, 1846, t. II, p. 923.

(4) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts.* Prag., 1849, p. 514.

(5) Jobert, ouvrage cité, Paris, 1849, t. II, p. 331.

(6) Vidal de Cassis, ouvrage cité, t. V, p. 567.

(7) Freund, ouvrage cité, p. 40.

(8) von Scanzoni, ouvrage cité, p. 435.

(9) Churchill, ouvrage cité, p. 880.

(10) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale.* Paris, 1859, t. V, p. 495.

(11) Gunning S. Bedford, *Maladies des femmes, Leçons cliniques.* Ath et Paris, 1860, pp. 145, 270 et 299.

buant à la temporisation excessive préconisée par leurs adversaires ce que ceux-ci voudraient imputer à leur trop grand empressement à se servir des instruments. L'on trouve dans ce dernier camp Percy (1), qui affirme qu'on ne connaît presque pas de cas de fistules produites par la main de l'homme de l'art ; Levret (2), qui croit qu'on est beaucoup trop disposé à attribuer aux instruments des désordres qui surviennent naturellement à la suite de certains accouchements; M. G. Simon (3), qui soutient que le forceps, loin de provoquer la formation des fistules, les empêche de se produire quand il est employé à temps; Schmitt (4) et West (5), qui soutiennent la même opinion ; M. Schuppert, chirurgien de l'Institut orthopédique de la Nouvelle-Orléans (6), qui reproche vivement à M. Liston d'avoir accusé les praticiens de trop de précipitation, et qui affirme carrément ce fait que le forceps ne produit pas de fistules. L'histoire, dit-il, prouve qu'un grand nombre de ces affections ont été produites alors qu'aucun instrument n'avait été mis en usage; et il ajoute qu'en Allemagne, où le forceps est très-fréquemment employé dans les hôpitaux pour l'instruction des élèves, les statistiques

---

(1) Percy, *Réponse au Mémoire de Saucerotte,* publiée dans les *Mélanges de chirurgie* de ce dernier.

(2) Levret, *Observations sur les causes et les accidents des accouchements laborieux.* Paris, 1770.

(3) G. Simon, *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln durch die blutige Naht.* Rostock, 1862, p. 35.

(4) Schmitt, in Siebold's *Journal für Geburtshülfe,* t. VII, p. 340.

(5) C. West, *Lehrbuch der Frauenkrankheiten.* Göttingen, 1860, p. 708.

(6) Schuppert, *A Treatise on vesico-vaginal fistula.* New-Orléans, 1866, p. 8.

démontrent qu'il y a eu peu de fistules qu'on ait pu rapporter à cette cause, ce qui devrait être l'inverse si les accusations des temporisateurs étaient justes.

Pour bien apprécier ce qu'il y a de vrai ou de faux dans ces opinions contradictoires, il est nécessaire d'examiner la question sous ses différentes faces. — Qu'un fragment d'os plus ou moins piquant puisse, après l'embryotomie pratiquée d'après les anciennes méthodes, s'enfoncer dans la paroi vaginale et pénétrer dans la vessie, c'est ce qu'il me paraît impossible de contester; que le crochet, le levier, le forceps, employés par des mains téméraires et maladroites, puissent provoquer des solutions de continuité de la paroi vaginale, c'est ce que personne ne peut raisonnablement nier. On doit s'attendre à tout, quand des instruments qui exigent du discernement, du tact et de l'adresse, sont employés au rebours des préceptes les plus élémentaires de l'art obstétrical. Mais les bévues et les imprudences de quelques praticiens ignorants n'autorisent pas à déprécier les moyens mécaniques dont ils se sont mal servis. Pour juger ceux-ci, il faut les considérer, non dans l'abus qu'on en peut faire, mais dans leur mode d'action pur et simple, et dans les résultats qu'ils produisent quand on en use avec prudence et discernement. Ainsi conçue, la question devient facile à résoudre. En effet, si les différents perce-crânes exposent même les meilleurs praticiens à glisser avec leur instrument sur les parois de la tête et à pénétrer dans les parties molles de la femme, le danger disparaît presque complètement quand on pratique l'embryotomie au moyen du forceps-scie de M. Van Huevel. Ce qui le prouve, c'est qu'à la Maternité de Bruxelles, cette opération a été faite déjà un assez grand nombre de fois sans qu'elle ait jamais produit de fistules, ni immédiates, ni consécutives. Les leviers et le forceps tendent fort peu à produire des plaies par *déchirure* quand ils sont judicieusement mis en usage :

car le propre de leur action est de s'exercer bien plus sur l'enfant que sur les organes de la femme. Pour déterminer quelque lésion des parois vaginales, ils ne pourraient agir que par une *pression directe,* ou par une *contusion indirecte* produite par la tête pendant les changements de position qu'ils lui communiquent. Or, il faut noter que, dans une bonne application de ces instruments, la pression est intermittente et change fréquemment de place par suite des mouvements méthodiques qu'on leur imprime, et que c'est précisément ce mode d'action, comme je le démontrerai plus bas, qui éloigne le danger de la mortification des tissus ; et quant à l'attrition déterminée par la tête, les instruments tendent à la rendre moindre en améliorant les rapports des parois du petit bassin avec leur contenu et en accélérant le passage des parties contondantes. Du reste, les leviers à *traction* agissent assez peu par une pression directe ; et l'application du forceps, se faisant généralement dans le sens transversal, c'est-à-dire dans celui où il y a le plus de place entre les parois du bassin et la tête, du moins dans les positions ordinaires de l'enfant, il en résulte que son introduction et son maintien dans l'excavation n'exposent que bien peu à la contusion des parties molles voisines. Ainsi donc, s'il vient à se manifester une fistule après l'usage de ces moyens de délivrance, dans des cas où ils sont bien indiqués et où ils sont convenablement employés, il est rationnel d'en rechercher la cause, non pas dans des altérations qu'ils auraient produites par eux-mêmes, mais bien dans des lésions qu'ils n'ont pu éviter malgré leur action favorable, lésions qui eussent été probablement plus graves encore si l'accouchement laborieux qu'ils ont contribué à terminer eût été abandonné aux seules forces de la nature.

Me basant sur ces considérations, je pense que c'est

généralement à tort que l'on accuse les instruments des dégâts observés, par cela seul qu'ils ont été mis en usage pendant un accouchement à la suite duquel il est survenu une fistule. On ne devrait jamais oublier, ce me semble, que l'on n'a eu recours à eux que parce que le travail était enrayé depuis un certain temps par des obstacles sérieux, et que la longue durée de l'accouchement peut, le plus souvent, rendre parfaitement compte des lésions, sans qu'il soit nécessaire d'aller chercher ailleurs les causes de l'accident. Plutôt que de formuler de semblables accusations, et malgré tout le mérite que j'accorde à une temporisation raisonnée et intelligente dans les cas ordinaires, je serais disposé à dire, avec M. Schuppert, que souvent la fistule se déclare parce qu'on a pensé trop tard à l'application des moyens qui pouvaient accélérer la délivrance. Dans tous les cas, je me garderais bien d'attribuer aux instruments des effets dont il ne faudrait accuser que l'impéritie ; et le souvenir de quelques cas malheureux ne m'engagerait pas plus à les répudier que je ne le ferais pour le bistouri ou tout autre instrument chirurgical, sous le prétexte qu'il aurait été mal manié et maladroitement dirigé sur des organes importants à la vie.

L'accouchement laborieux, les effets locaux qui l'accompagnent et qui peuvent, dans certaines circonstances, présenter une gravité extrême, voilà sans contredit les causes les plus positives et les plus ordinaires de l'établissement des fistules. Toutes les causes locales ou générales qui sont de nature à provoquer la dystocie peuvent être regardées comme *prédisposantes* à ces affections. Ainsi, l'étroitesse absolue du bassin, déterminée par les différents vices de conformation des détroits et de l'excavation, et surtout par la saillie en arrière du pubis; des obstacles momentanés résultant de la plénitude du rectum ou de

la vessie (Jörg (1), Carus (2), Osiander (3), Levret (4)); des calculs vésicaux (5); des tumeurs développées dans le vagin (6); des brides ou des rétrécissements résultant de pertes de substance faites antérieurement; la rigidité et l'étroitesse des parties, qui s'observent souvent dans une première parturition et chez les femmes qui s'accouchent dans un âge très-avancé (7); des contractions utérines, soit spontanées, soit excitées dans un moment où les parties ne sont point encore suffisamment dilatées, ou la cessation du travail alors que la tête est déjà engagée; l'étroitesse relative de la filière pelvienne déterminée par le volume exagéré de l'enfant, une hydrocéphale, des monstruosités ou une mauvaise position; l'obliquité antérieure de la matrice qui, selon Esmarch (8), serait toute-puissante dans la production de la maladie (9); toutes ces circon-

---

(1) Jörg, *Krankheiten des Weibes.* Leipzig, 1831.

(2) Carus, *Lehrbuch der Gynäkologie,* t. II, p. 539.

(3) Osiander, *Handbuch der Entbindungskunst,* t. III, § 75.

(4) Levret, *Observations sur les accouchements laborieux.* Paris, 1770.

(5) Osiander cite Stein comme ayant pratiqué la taille sur une femme enceinte, pour éviter cet obstacle à l'accouchement.

(6) J.-L. Petit rapporte un fait dans lequel une poche en nid de pigeon, située dans le vagin, retarda tellement l'accouchement, que le conduit utéro-vulvaire et la vessie tombèrent en gangrène.

(7) Da Costa Duarte. *Des fistules génito-urinaires chez la femme.* Paris, 1865, p. 11. Cet auteur donne une statistique de laquelle il résulte que sur cent soixante-treize cas de fistules, soixante-dix-huit avaient été produites à un premier accouchement.

(8) *Deutsche Klinik,* 1858, n° 28.

(9) Cette opinion a été combattue par MM. Freund et Gustav Simon.

stances, qui apportent plus ou moins d'obstacles à la marche régulière de l'accouchement, peuvent être regardées comme causes prédisposantes des fistules vaginales en général, et surtout des fistules uro-génitales.

La tête étant la partie la plus volumineuse et la plus dure de l'enfant, on conçoit que ce soit elle qui, dans les cas de dystocie, souffre le plus et fasse le plus souffrir les parties molles de la femme, et que par conséquent il faille surtout l'accuser des dégâts qui surviennent dans ces accouchements. Le crâne est, pour les mêmes raisons, plus propre que la face à déterminer les lésions. Cependant, certains praticiens, entre autres Lallemand (1), ont cru observer que la fistule se produit le plus fréquemment lorsque le fœtus se présente dans la position par les pieds, et ils ont attribué la formation de l'orifice anormal dans cette présentation à la facilité avec laquelle le menton arc-boute alors contre le détroit supérieur (2). Sans nier que la fistule puisse se former dans la position et par le mécanisme indiqué par ce chirurgien, il faut cependant reconnaître, puisque l'observation le démontre, que le crâne, bien plus souvent que le menton, est la cause des désordres observés, et qu'il y expose surtout quand il se présente au détroit supérieur dans une direction telle, que son passage à travers la filière qu'il doit traverser se fait dans des conditions qui font correspondre ses plus grands diamètres aux plus petits du bassin.

Une fois que l'une des prédispositions qui viennent d'être indiquées a provoqué la dystocie, la fistule, si elle

---

(1) *Archives générales de médecine*, t. VII, p. 509.

(2) Lallemand cite cinq cas où, selon lui, la fistule s'est produite par ce mécanisme.

doit en être le résultat, se produit par un mécanisme qu'il s'agit d'examiner, pour bien faire apprécier l'influence des *causes déterminantes* de la maladie.

Dans les accouchements naturels, les contractions de la matrice sont en harmonie avec le degré de résistance et de dilatabilité des organes qui doivent donner passage au fœtus. Au commencement du travail, alors que la rigidité du col utérin est encore assez grande, les contractions sont faibles, et elles ne prennent une intensité et une durée plus marquées que lorsque tout est favorablement disposé pour qu'il s'exécute une dilatation facile et suffisante qui ne prête pas à la rupture des tissus. Si cet équilibre vient à être rompu, soit par des contractions énergiques prématurées, soit par un défaut d'élasticité du col et du vagin, (ce qui se remarque assez souvent à un premier accouchement), soit parce que ces parties ont été altérées par des engorgements, des dégénérescences ou des rétrécissements antérieurs, il peut s'y faire une ou plusieurs déchirures. A un degré inférieur, ces déchirures se traduisent plus tard par des fissures plus ou moins profondes qui s'observent sur le museau de tanche. A un degré supérieur, elles peuvent intéresser simultanément toute l'épaisseur des parois du conduit vulvo-utérin et la paroi vésicale, et produire ainsi une ouverture qui donne immédiatement issue aux urines. Cette dernière lésion doit être assez rare, à cause de l'extrême mobilité du canal utéro-vulvaire sur la vessie : mais il est cependant facile de la comprendre en supposant l'action d'une force brusque et très-énergique, ou une altération des tissus qui les a rendus plus friables et qui a déterminé des adhérences pathologiques entre les deux organes. On peut nommer *fistules d'emblée* les ouvertures produites par ce mécanisme, et, en les considérant sous le rapport de leur mode de formation, les désigner sous le nom de *fistules par arrachement.*

Meissner (1), Duparcque (2), Murat (3), Madame Lachapelle (4) en citent des exemples.

Lorsque les causes de dilacération que je viens d'indiquer n'existent pas, ce qui est le cas le plus ordinaire, la solution de continuité peut se former d'une autre manière. La tête du fœtus, dans l'état normal de ses proportions relativement à celles du bassin, ne peut franchir le détroit supérieur, s'engager dans l'excavation, ni exécuter son mouvement de rotation vers le détroit inférieur, sans comprimer fortement les parties molles contre les parois osseuses. Cette compression irait bien souvent jusqu'à la mortification des tissus, si la nature n'avait obvié à ce danger en rendant les contractions utérines intermittentes. Grâce à ce caractère des efforts expulsifs, qui permet aux parties engagées de remonter dans les intervalles de leur action, et qui change à chaque instant les rapports du fœtus avec le petit bassin, les parois ne sont jamais comprimées pendant un espace de temps très-long : elles ont à leur disposition des moments où elles peuvent réparer jusqu'à un certain point les altérations légères qu'elles ont subies, et se préparer, pour ainsi dire, à réagir contre les nouvelles atteintes qu'elles auront encore à supporter. Mais si, sous l'influence d'une cause quelconque de dystocie, la compression devient continue, la circulation et l'innervation peuvent être interrompues d'une manière assez complète et assez durable pour que l'organisation des parties qui y sont soumises soit détruite à tout jamais; la gangrène peut

---

(1) Meissner, *Die Frauenzimmerkrankheiten*. Leipzig, 1842, t. I, p. 462.

(2) Duparcque, *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée*. Paris, 1836.

(3) *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. LVI, pp. 462-463.

(4) La Chapelle, *Pratique des accouchements*, t. III, p. 187.

même être le résultat immédiat de l'attrition des tissus. L'enclavement complet, et une immobilité de la tête qui se rapproche de cet état, sont donc des conditions dans lesquelles les lésions qui mènent à la fistule sont imminentes. Lorsque ces conditions se produisent au détroit supérieur, le segment inférieur de la matrice, poussant en avant la vessie, et en arrière le péritoine, peut s'écraser contre le pubis et le promontoire, et donner lieu à une fistule vésicale cervico-utérine et à une communication utéro-abdominale; lorsque le détroit supérieur est relativement assez large, et que la tête, encore coiffée du segment utérin, trouve de la facilité à s'y engager et à descendre dans l'excavation, pour s'y arrêter ensuite immobile pendant un certain temps, il peut encore se produire une fistule vésicale cervico-utérine, et une autre fistule postérieure, qui cette fois cependant sera rendue plus difficile à cause de la concavité du sacrum. Si la tête a franchi le col et se trouve franchement engagée dans l'excavation, ce sera une fistule vésico-vaginale proprement dite ou une fistule recto-vaginale qui se produira. Enfin, si les accidents de compression prolongée se manifestent au détroit inférieur, le col de la vessie, et même la première portion du canal de l'urèthre se trouveront surtout lésés, et l'on aura une fistule vésicale cervico-vaginale ou une ouverture uréthro-vaginale; en arrière, la résistance du coccyx pourra produire une communication recto-vaginale à peu de distance de l'anus.

En supposant un concours de circonstances dans lesquelles de violentes contractions utérines se manifestent avant la dilatation suffisante du col, chez une femme dont le bassin se trouve rétréci dans son détroit supérieur, on peut facilement comprendre que le segment inférieur de la matrice descende dans l'excavation, et que ce soit une portion du corps même de l'organe qui se trouve écrasée

contre la ceinture osseuse. Dans ce cas exceptionnel, il doit arriver le plus souvent que la communication établie, immédiatement ou consécutivement, entre la vessie, l'utérus et le péritoine, détermine la mort par suite du passage de l'urine dans l'abdomen, et que par conséquent l'on n'ait pas à constater de fistule. Cependant, il peut arriver que, la chute des escharres se faisant avec lenteur, des adhérences aient le temps de s'organiser et de former une barrière entre elles et la cavité péritonéale : c'est ce qui a eu lieu, par exemple, dans le cas de mon Observation XXIV. Il est donc possible qu'il se forme alors une véritable fistule *vésico-utérine,* faisant communiquer directement le réservoir urinaire avec la cavité du corps de la matrice. La place que j'ai accordée à cette espèce de lésion dans la division que j'ai établie au commencement de la seconde partie de ce livre, se trouve donc ainsi justifiée.

Durant les premiers temps de l'entrée de la tête du fœtus dans l'excavation, le segment inférieur de la matrice et les régions voisines du vagin se trouvent fréquemment, comme je viens de le dire, entraînés dans un mouvement de descente qui les rapproche des os sur lesquels ils seront comprimés. La vessie, dont la lésion est bien plus fréquente que celle du rectum (probablement à cause de la forme des os pubis et de la fréquence des positions occipito-antérieures), suit ce mouvement d'abaissement, car, malgré sa mobilité sur le vagin, elle ne peut l'abandonner, retenue qu'elle est par son canal de l'urèthre qui l'assujettit à ce viscère. On s'explique donc comment il se fait que des fistules se forment à une assez grande hauteur, sur des points du conduit vulvo-utérin situés à une certaine distance de la ceinture osseuse représentée par le petit bassin, et comment aussi la perte de substance de la vessie correspond ordinairement à celle de ce conduit. Ce n'est que lorsque la tête a franchi le col utérin et qu'elle est arrivée au détroit inférieur

que la compression des parties molles se fait d'une manière directe, sans abaissement préalable, et que les fistules se forment dans le voisinage des os. C'est aussi très-souvent dans ce cas que le périoste des os qui servent de points d'appui à la compression se trouve lui-même lésé avec les parties molles, au point de former plus tard des cicatrices dont les connexions avec celles des fistules constituent une complication des plus fâcheuses et des plus embarrassantes pour le chirurgien.

Dans toutes ces circonstances, il pourra se faire : ou que les formes respectives des plans fœtaux et pelviens qui se rencontrent pendant la compression représentent deux points saillants fort limités, et alors la fistule se produira facilement, mais présentera une petite étendue; ou que les os comprimants et les os comprimés s'emboîtent et se touchent exactement par de grandes surfaces, et dans cette circonstance la perforation se fera avec plus de difficulté, mais, si elle se forme, elle donnera lieu à une ouverture beaucoup plus large. On se figure aussi aisément la possibilité d'une disposition particulière dans laquelle deux points, situés à une certaine distance, déterminent en même temps la compression désorganisatrice, tout en laissant entre eux un espace plus ou moins libre : on aura alors deux fistules séparées par un pont de substance saine. La compression pourra encore s'exercer successivement par la même partie, ou par plusieurs parties, sur des endroits situés à des hauteurs différentes : et ce mode particulier d'attrition sera accusé après l'accouchement par des orifices situés l'un au-dessus de l'autre, à des intervalles qui correspondront au trajet parcouru par la partie comprimante entre les divers temps de son enclavement et de son immobilisation.

Le mécanisme que je viens de décrire donne lieu à des fistules qui occupent la première place sous le rapport de

la fréquence, et que l'on peut nommer *fistules par mortification* ou *par écrasement* des tissus.

Il y a encore un autre mode de formation des fistules : c'est celui que l'on peut observer lorsque la compression des parties molles, quoique forte, n'a point été jusqu'à la désorganisation et s'est bornée à produire les phénomènes de la contusion. Ici, comme partout ailleurs, cette contusion peut se terminer par la résorption du sang épanché; mais si, par une raison ou par une autre, cette action salutaire ne se produit pas, l'inflammation peut s'emparer des parties entourant la collection sanguine, se terminer par suppuration et donner lieu à un abcès susceptible de s'ouvrir à la fois dans le vagin et dans la vessie. Les fistules nées de cette manière rentrent dans la catégorie, extrêmement rare, des fistules par *contusion abcédée.*

Enfin, Dieffenbach (1) a admis qu'un follicule muqueux, considérablement dilaté, peut s'ouvrir pendant l'accouchement et donner lieu à une fistule. Il croyait que ce mécanisme devait surtout engendrer ces petites fistules, à ouverture vaginale très-étroite et presque imperceptible, qu'on rencontre quelquefois dans la pratique. Mais, outre que la formation de ces pertuis peut se comprendre sans que l'on soit obligé de recourir à une explication aussi subtile, la supposition de Dieffenbach, ne reposant sur aucun fait bien constaté, tombe nécessairement par défaut d'une base clinique suffisante pour l'autoriser.

B. — *Fistules pathologiques.* — Les anciens avaient considéré cette espèce de causes comme la plus essentielle; et quoique plusieurs d'entre eux, comme Félix

---

(1) *Medic. Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen.* Berlin, 1836, n°s 24 et 25.

Plater (1), n'ignorassent pas le rôle important de l'accouchement dans la production des fistules, il s'en faut de beaucoup qu'ils eussent sous ce rapport les opinions des chirurgiens modernes. Aujourd'hui les fistules pathologiques sont généralement considérées comme exceptionnelles. Quelques praticiens cependant semblent encore avoir conservé à cet égard quelques-unes des idées des temps passés; et ce n'est pas sans étonnement que j'ai lu dans l'ouvrage de M. von Scanzoni un passage où cet auteur dit que c'est à la suite d'une inflammation cancéreuse du col utérin qu'il a le plus souvent observé les fistules vésico-vaginales, et que « les perforations dues à des » accouchements laborieux ne viennent, pour la fréquence, » qu'en seconde ligne (2). »

On doit ranger parmi les fistules pathologiques celles qui surviennent à la suite d'affections qui, ayant leur siége dans le voisinage du vagin et de la vessie, s'accompagnent d'une suppuration qui se fait jour dans ces deux organes. La péricystite, l'hématocèle péri-utérine, des abcès de l'excavation ischio-rectale, des maladies suppurantes des organes contenus dans les ligaments larges, des caries des os du bassin, des tumeurs de toute espèce, peuvent donner lieu à des communications de ce genre. Je dois ici faire remarquer que, lorsque l'issue de la collection purulente se fait dans les deux organes à la fois, la marche de l'affection nouvelle qui résulte de ces perforations s'écarte absolument de celle des fistules ordinaires. En effet, dans celle-ci, l'établissement définitif de l'orifice fistuleux est subordonné à la permanence de la source qui fournit le liquide, et l'on

---

(1) Felicis Plateri, etc. *De Mulierum partibus generationi dicatis, etc.* Basil., 1625, p. 37.

(2) von Scanzoni, ouvrage cité, p. 435.

remarque assez généralement que le trajet et l'ouverture pathologiques se ferment spontanément lorsque la sécrétion du pus vient à cesser. Dans celle-là, au contraire, l'orifice de communication reste, alors même que l'affection qui l'a déterminé a disparu, par la raison que la sécrétion urinaire se substitue immédiatement à cette affection, et, par sa persistance, entraîne celle de la fistule.

Une cause que beaucoup d'auteurs ont aussi regardée comme fréquente, est la présence de calculs dans la vessie. Fabrice de Hilden (1), Gooch (2), Desault (3), Chopart (4), Boyer (5), Richerand (6), Jourdan (7), MM. Freund (8), Rokitansky (9), etc., ont observé des faits qui établissent que des calculs peuvent ulcérer la vessie et surtout les *diverticula* ou appendices de Morgagni, dans lesquels ils se logent souvent, et tomber dans le vagin par une ouverture accidentelle; et il est assez intéressant de savoir que beaucoup de fistules produites de cette manière se sont guéries sans l'intervention d'aucune opération. Des ulcérations de la vessie, suites de cystite chronique, peuvent encore attaquer, comme l'ont observé Sœmmering (10) et M. Rokitansky (11), des portions de muqueuse herniées à travers

---

(1) F. Hildanus, *De Lithotomia*, p. 743.

(2) Gooch, *Cases and practical remarks in Surgery*. London, 1767.

(3) Desault, *Œuvres chirurgicales*, 1801.

(4) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1791.

(5) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 1824.

(6) Richerand, *Nosographie et thérapeutique chirurgicales*, 1821.

(7) *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XV, p. 626.

(8) Freund, ouvrage cité, p. 48.

(9) Rokitansky, *Lehrb. der patholog. Anatomie*, 1861, pp. 478 et 517.

(10) S.-T. Soemmering, *Lehre von den Eingeweiden, etc*. Leipzig, 1844.

(11) Rokitansky, ouvrage cité, t. III, p. 357.

des intervalles des fibres musculaires, et finir par trouer le vagin. M. von Scanzoni (1) a vu une perforation de ce genre à la suite d'une cystite violente survenue après un typhus grave. Busch (2) et Bell (3) pensent même que la rétention d'urine peut conduire au même résultat. Mais il faut bien admettre que la tendance de la vessie à s'ulcérer et à se perforer sous l'influence de ces dernières causes doit être bien faible, puisque l'observation fait si rarement rencontrer des fistules à la suite de ces maladies.

De nombreuses affections du vagin lui-même et du col de l'utérus ont été considérées comme pouvant être suivies de la perforation de la cloison qui sépare ces organes de la vessie. Mercatus (4) croyait que ce qu'il nommait les *humeurs âcres* et *corrodantes* de ces parties, suffisait quelquefois pour amener ce résultat. Munniks, Paracelse, Van Helmont, Wills, Sylvius, Dolœus (5), en ont accusé les fleurs blanches. M. Rokitansky (6) pense qu'il faut rattacher ces idées des anciens auteurs aux effets produits par l'*ulcus corrodens* de Clarke. M. Freund (7) croit que souvent aussi le cancer a pu être méconnu dans ces circonstances. Le cancer est en effet très-souvent l'origine d'une communication fistuleuse entre le conduit utéro-vulvaire et la vessie. On a encore indiqué le dépôt de tubercules comme pouvant détruire la cloison vésico-vaginale. Toutes ces maladies, ou du moins presque toutes, ont ceci de commun qu'elles offrent une

---

(1) von Scanzoni, ouvrage cité, p. 435.

(2) Busch, ouvrage cité. Leipzig, 1841, p. 174.

(3) Bell, *Grundlehre der Chirurgie*. Berlin, 1838, t. I, p. 289.

(4) Lud. Mercatus, *De communibus mulierum affectionibus*, p. 965.

(5) V.-J. Burkner, *De fistula vesico-vaginali*. Breslau, 1833, p. 4.

(6) Rokitansky, ouvrage cité, t. III, pp. 478 et 517.

(7) Freund, ouvrage cité, p. 47.

gravité qui excède de beaucoup celle de la fistule qui les accompagne, ce qui fait que celle-ci ne constitue qu'une sorte d'épiphénomène sur lequel l'attention du médecin ne doit se porter que d'une manière tout à fait secondaire.

Il n'en est pas de même des ulcérations syphilitiques, car une fois que le principe qui leur a donné naissance a été détruit, les dégâts qu'elles ont produits peuvent persister comme affections purement locales, et exiger d'être traitées comme telles. Les exemples de fistules engendrées par cette cause ne peuvent être niés : Munniks, Hunter (1), Ploucquet (2), Breschet (3), Baillie (4), Colombat (5), Bellini (6), Boivin et Dugès (7) en ont observé. M. Thiry, de Bruxelles, m'a cité un cas de fistule recto-vaginale qu'il a vue naître à la suite d'un ulcère vénérien siégeant à la paroi postérieure du vagin. Michon dit, dans sa thèse (8), que M. Ricord en a aussi rencontré. Cependant cette étiologie a été contestée par plusieurs auteurs, parmi lesquels on trouve Kiwisch (9) et Vidal (10). M. Freund (11) dit n'en avoir jamais rencontré dans sa clinique.

Un dernier mode de formation des fistules se rattache

---

(1) Hunter, *Traité des maladies vénériennes,* 1787.

(2) Ploucquet, *Bibliotheca medica.* Tubing., 1803.

(3) *Dictionnaire de Médecine,* t. IX, p. 147.

(4) M. Baillie, *Anatomie des krankhaften Baues von einigen der wichtigsten Theile in menschl. Körper.* Berlin, 1820.

(5) Colombat, *Traité des maladies des femmes,* t. II, p. 455.

(6) *Journal des Sciences et Institutions médicales,* 1827, t. V, p. 248.

(7) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1838.

(8) Michon, *Thèse de concours,* 1841, p. 28.

(9) Kiwisch, ouvrage cité, p. 515.

(10) Vidal de Cassis, *Traité de Pathologie externe et de Médecine opératoire,* t. V, p. 568.

(11) Freund, ouvrage cité, p. 47.

d'une manière indirecte à l'accouchement, tout en reconnaissant cependant pour cause immédiate un processus pathologique qui doit le faire classer dans la catégorie dont il est ici question : je veux parler des ulcérations qui surviennent pendant l'état puerpéral dans le conduit vulvo-utérin, et s'étendent assez en profondeur pour perforer celui-ci d'outre en outre. L'état puerpéral simple est susceptible de conduire à cette suite fâcheuse; et l'on observe souvent alors que l'ulcère perforant a son point de départ dans quelque blessure faite aux parties sexuelles pendant la parturition. Mais il est évident que, dans les fièvres puerpérales épidémiques, le danger des pertes de substance de la cloison vésico-vaginale est beaucoup plus grand, la perniciosité de ces maladies imprimant facilement aux désordres du conduit vulvo-utérin un caractère gangréneux qui mène en peu de temps aux destructions les plus étendues. Il est vrai que souvent, dans ces terribles affections, la mort survient au milieu des dégâts qui les accompagnent, de manière qu'il est rare que la chirurgie soit appelée à s'en occuper au point de vue des communications anormales qui en sont la conséquence. Dans les cas les plus bénins, il sera bon de ne pas confondre le mécanisme de l'apparition tardive de l'urine après le travail de perforation, avec celui que la nature emploie pour produire le même résultat après la chute des eschares formées par la compression et l'attrition des tissus (1).

---

(1) Voyez, pour de plus amples renseignements à cet égard : Jörg, *Schriften zur Beförderung der Kenntniss des Weibes und des Kindes*. Leipzig, 1818, t. II, p. 42, — et *Handbuch der Krankheiten des Weibes*. Leipzig, 1831, p. 702. — Kiwisch, *Die Krankheiten der Wöchnerinnen*. Prag, 1841, p. 97. — Busch, ouvrage cité, p. 175. — Freund, ouvrage cité, pp. 55, 56. — von Scanzoni, ouvrage cité, p. 435.

Pour donner une idée de la fréquence relative des différentes causes qui viennent d'être passées en revue, je vais indiquer les résultats fournis à cet égard par différentes statistiques, que je mettrai en regard de mes propres observations.

M. d'Andrade a fait la statistique de soixante-huit cas (1) appartenant à différents praticiens dans les proportions suivantes :

MM. Bozeman.	29
Pollock	1
Baker-Brown	22
Brickell	4
Wallace	1
Schuppert	1
Follin.	1
Verneuil.	2
Eben Watson	7
	68

Parmi ces cas, un seul s'est présenté dans des circonstances autres que l'accouchement; et ce cas consistait en une fistule occasionnée par une opération de la taille (Bozeman).

Dans les soixante-sept accouchements, il y en a eu :

18 qui se sont terminés sans application d'instruments;
16 où des instruments ont été employés (l'espèce d'instruments n'est pas désignée : il est probable que quelques applications de forceps y sont comprises);
6 où il y a eu crâniotomie;
1 où l'on a eu recours à l'embryotomie;
8 où l'on désigne le forceps comme ayant été mis en usage;
1 où l'accouchement s'est terminé par une version;
1 où de mauvaises manœuvres ont été exécutées;
16 pour lesquels la statistique ne donne aucun renseignement.
67

(1) D'Andrade, *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain modifié par M. Bozeman*. Paris, 1860.

L'âge des femmes affectées de fistules était :

Pour	5	de moins de 20 ans;
»	10	de 20 à 25 ans;
»	44	de 25 à 40;
»	6	de 40 et au-dessus;
»	3	l'âge n'a pas été noté.
	68	

La statistique de M. Monteros (1) (dans laquelle se trouvent cinq cas qui m'appartiennent et qui rentrent dans les observations que je publie à la fin de cet ouvrage) comprend cent vingt et un cas appartenant à :

MM.	Jaubert.	50
	Herrgott.	6
	Barbosa.	1
	Lenoir	1
	Malgaigne	1
	Baker-Brown.	22
	Pize	1
	Sims.	1
	Nélaton.	2
	James	1
	Foucher	3
	Simon	19
	Berne	1
	Foltz	1
	Bourguet	1
	Guerlain	1
	Rames	1
	Verneuil	3
	Deroubaix.	5
		121

(1) J.-E. Monteros, *Du traitement des fistules urinaires chez la femme*. Paris, 1864.

Sur ces cas, cent et treize se sont présentés après l'accouchement. Sur ces accouchements :

55 se sont terminés naturellement;
45 au moyen du forceps;
13 au moyen d'instruments non désignés;
12 par la céphalotriptie, la crâniotomie, l'embryotomie ou la détroncation ;
2 par la version ;
2 par l'emploi du levier;
2 à la suite de manœuvres imprudentes;
1 naturellement, à la suite d'une longue compression exercée par une épaule de l'enfant;
1 à la suite de la compression exercée par un calcul vésical.

113

Les autres cas de fistules se sont montrés :

1 à la suite d'une tumeur formée dans la paroi vésico-vaginale;
1 après un abcès développé dans la même paroi à la suite d'un accouchement naturel;
2 après l'opération de la taille;
1 après l'application d'un pessaire;
pour 3 cas les indications manquent.

121

L'âge des femmes était :

Pour	1	de moins de 20 ans;
»	14	de 20 à 25;
»	69	de 25 à 40;
»	26	de 40 et au-dessus;
»	11	l'âge n'a pas été désigné.
	121	

Dans les deux statistiques réunies de MM. d'Andrade et Monteros, on trouve, sur cent soixante-treize cas où le nombre des accouchements est indiqué, que soixante-dix-huit ont eu lieu chez des primipares.

Voici une statistique renfermant une autre série de cas observés et traités par :

MM.	Bourguet	1
	Desgranges	3
	Bertet	2
	Reybard	1
	Rey	1
	Courty	6
	Schuppert	13
	Collis	10
		37

Il y a eu, dans cette série, trente-six accouchements et une fistule seulement produite par une autre cause : une plaie faite avec un rasoir.

Les femmes avaient :

	1	moins de 20 ans ;
	7	de 20 à 25 ;
	19	de 25 à 40 ;
	6	plus de 40 ;
pour	4	l'âge n'a pas été indiqué.
	37	

Dans les trente-six accouchements, il y en a eu :

10	terminés par l'application du forceps ;
2	par l'usage d'instruments ;
23	naturellement ;
1	où il y a eu des manœuvres imprudentes exercées par une sage-femme.
36	

Ma propre statistique, qui comprend vingt-quatre cas dont les observations sont consignées à la fin de ce livre,

plus trois autres opérés par M. Sims, dans mon service, donne :

Sur vingt-sept cas, deux seulement n'ont pas été le résultat d'un accouchement. Le premier a été produit par l'introduction violente du doigt d'un individu dans le vagin d'une femme qui urinait; le second est survenu à la suite d'une opération de taille.

Les femmes étaient âgées, au moment :

1° De l'accouchement, cause de la fistule,

1 de moins de 20 ans. — Obs. XVIII;
4 de 20 à 25 ans. — Obs. III (Sims). — Obs. V, VIII, XIV;
20 de 25 à 40 ans.
——
25

2° De la première opération pratiquée par moi,

3 de 20 à 25 ans. — Obs. V, XIV, XVIII;
20 de 25 à 40 ans;
2 de plus de 40 ans. — Obs. XIII, XIX.
——
25

La fistule s'est produite :

Après un	1er	accouchement,	chez	12	femmes.	— Obs. II (Sims). — Obs. V, VIII, IX, X, XII, XIV, XV, XVII, XVIII, XXII, XXIV;
»	» 2e	»	»	2	»	— Obs. II, XXIII;
»	» 3e	»	»	3	»	— Obs. I (Sims).—Obs. VII, XI;
»	» 5e	»	»	3	»	— Obs. III, VI, XIII;
»	» 6e	»	»	3	»	— Obs. I, XVI, XXI;
»	» 9e	»	»	1	»	— Obs. XX.
				24		

(Il y a une observation où ce détail manque.)

Dans les vingt-cinq accouchements :

6 se sont terminés sans application d'instruments. — Obs. I, XI, XVIII, XX, XXII, XXIII ;
10 par l'application du forceps. — Obs. V, VI, VII, IX, X, XII, XIII, XVI, XVII, XXI ;
3 au moyen du levier. — Obs. II, III, VIII ;
1 au moyen du levier, puis du foreeps. — Obs. XIX ;
1 par la détroncation et le forceps. — Obs. XV ;
2 par la crâniotomic. — Obs. XIV ;
1 a été accompagné de manœuvres imprudentes. — Obs. I (Sims) ;
pour 1 il n'y a pas de renscignements.

25

Dans un de ces accouchements, une épaule est restée longtemps enclavée après le passage de la tête. (Obs. I.) Dans un autre, la grossesse avait été double, et un des enfants est venu par le siége, l'autre par le bras. (Obs. II.) Dans un troisième, il y a eu une présentation par les pieds. (Obs. XV.)

CHAPITRE IV.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les faits consignés dans le chapitre précédent prouvent que les anciens n'avaient point d'idées justes sur la fréquence relative des causes qui donnent naissance aux fistules uro-génitales, et que leurs livres, remplis de détails sur l'étiologie exceptionnelle de ces affections, présentent de nombreuses lacunes relativement à celle que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique. Le vide y paraît bien autrement grand quand on y recherche des notions sur la manière dont s'accomplit le travail qui aboutit à l'établissement d'une fistule permanente, et sur les caractères histologiques de cette affection : tout au plus y trouve-t-on quelques remarques sur les phénomènes qui l'accompagnent ou la compliquent quand une fois elle est formée et qu'elle remplit le rôle d'une individualité morbide.

Les modernes n'ont pas abordé avec beaucoup plus d'ardeur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la fistule. Comme si ces recherches étaient trop difficiles à cause du peu d'occasions que l'on a de les éclairer par des autopsies, ou comme si elles étaient trop peu utiles pour mériter d'être sérieusement entreprises, on les voit généralement négligées par les chirurgiens du commencement de ce siècle, et même par ceux de notre époque, et il est facile de constater que tous leurs efforts vont principalement converger vers l'examen et le perfectionnement des moyens thérapeutiques. Les praticiens qui se sont occupés *ex professo* des fistules, comme Jobert et quelques autres, ne se livrent pour ainsi dire qu'en passant à cette étude, qui cependant, on le comprend sans peine, doit présenter un certain intérêt au point de vue du diagnostic et des méthodes opératoires. M. G. Simon (1), et après lui M. Freund (2), sont presque les seuls qui aient traité ce sujet avec les développements convenables et nécessaires. Le dernier, surtout, s'en est occupé d'une manière toute particulière; et je ne dois pas cacher que je serai forcé, vu la pénurie de mes propres matériaux, de lui emprunter une bonne partie de ses observations relatives à la dissection des fistules confirmées et à la disposition des fistules uretérines.

Les phénomènes qui accompagnent la formation des fistules varient suivant qu'elles sont le résultat de lésions produites par incision, déchirure, arrachement, piqûre, contusion, gangrène, ulcération ou suppuration : toutes causes qui, comme il a été indiqué dans le chapitre précé-

---

(1) Gustav Simon, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln, etc.* Giessen, 1854.

(2) Freund, ouvrage cité, pp. 56 et suivantes.

dent, peuvent, dans des circonstances données, produire la maladie.

Le premier effet d'une solution de continuité faite par un instrument tranchant à la paroi uro-génitale, c'est naturellement l'apparition d'une hémorrhagie. Généralement, cet écoulement de sang n'a point une bien grande importance quand la plaie a été pratiquée sur la ligne médiane, comme, par exemple, dans l'opération de la taille. (Obs. IV.) Mais il peut fort bien n'en être pas ainsi si elle a intéressé les parties latérales du vagin ou du col utérin : car dans ce cas, des vaisseaux beaucoup plus gros ont pu se présenter au tranchant des instruments, comme on peut le voir sur la planche anatomique représentant la disposition des artères et des veines dans ces organes, p. 237. Quand l'hémorrhagie s'est arrêtée, soit après un simple suintement, soit après une perte sanguine beaucoup plus forte, la plaie se trouve, comme partout ailleurs, dans les conditions de forme et de juxtaposition des lèvres les plus favorables à une réunion par première intention ; et cependant il est d'observation, quoi qu'en aient dit certains auteurs, que cette espèce de cicatrisation ne s'observe presque jamais, et que le maintien d'une ouverture fistuleuse est la règle. Il y a donc là des causes inhérentes à la région qui contrarient les tendances habituelles de la nature. En recherchant quelles peuvent être ces causes, on n'en peut guère trouver que quatre : l'absence d'une base propre à fournir un point d'appui aux parties intéressées, le peu d'épaisseur de celles-ci, la rétraction des fibres musculaires de la vessie, et l'action de l'urine sur les bords de la plaie. Les trois premières ne sont point tout à fait à dédaigner : mais l'observation de ce qui se passe lorsque des diérèses du même genre sont pratiquées sur d'autres parties du corps prouve que, seules, elles ne pourraient point s'opposer à une réunion, sinon immédiate, du moins secondaire. Il ne reste donc que la

quatrième à laquelle il soit possible de rattacher spécialement le défaut de tendance à la cicatrisation ; et cela étant, il convient d'étudier comment elle peut agir pour devenir un obstacle à l'occlusion de la solution de continuité.

Anciennement on considérait les urines comme un liquide tellement irritant, qu'on le croyait capable, lorsqu'il présentait certains caractères qu'on désignait sous le nom d'*acrimonie*, de perforer la vessie, même sans le concours d'aucune autre cause. Galien (1) avait exprimé cette idée; Paul d'Égine (2), Avicenne (3) et même J.-L. Petit (4) professaient des opinions à peu près semblables. Desault et Chopart étaient si convaincus de l'action délétère des urines, qu'ils avaient basé leur traitement sur l'idée de détourner complétement le cours du liquide de l'ouverture anormale de la vessie. Dans une séance de l'Académie de Médecine de Paris, Gerdy disait (5) que l'urine enflamme et frappe de gangrène tout ce qu'elle touche. Jobert lui-même s'élevait avec force contre les chirurgiens qui croyaient qu'elle n'a qu'une action peu ou point irritante (6). Leroy-d'Étiolles en admettait l'influence pernicieuse sur la lymphe plastique (7). D'un autre côté, plusieurs praticiens ont

---

(1) Claudi Galeni *Opera*. Basiliæ, 1529, p. 278.

(2) Pauli OEginatæ, *Opus de re medica*. Par., 1532, p. 80.

(3) Avicennæ *Liber de medicis*. Basiliæ, p. 675.

(4) J.-L. Petit, ouvrage cité, 1774, t. III.

(5) Séance du 27 mars 1838. Discussion du rapport de Lisfranc et Blandin sur l'examen d'une femme opérée d'une fistule vésico-vaginale par Jobert.

(6) Jobert, *Traité des fistules vésico-utérines, etc.*, 1852, *Introduction*, p. 6.

(7) Leroy-d'Étiolles, *Mémoires sur des moyens nouveaux de traitement des fistules vésico-vaginales*. Paris, 1842, p. 6.

avancé des opinions diamétralement opposées : Ainsi, M. G. Simon s'est attaché à démontrer *que l'urine n'exerce une influence fâcheuse, ni sur la plaie, ni sur la cicatrice fraîche, et que par conséquent elle ne met pas obstacle à la réunion par première intention et ne détruit pas celle qui s'est effectuée* (1). Et pour s'exprimer ainsi, il s'est appuyé : 1° sur certains cas où des circonstances particulières avaient mis fortuitement l'urine en contact avec des bords fistuleux fraîchement affrontés ou tardivement désunis, sans que cet accident ait nui à la réunion; 2° sur des expériences directes faites sur des plaies produites, les unes par des instruments tranchants, les autres par des corps ayant déterminé des pertes de substance : dans ces expériences, l'application d'une certaine quantité d'urine sur les surfaces intéressées, pour les premières avant leur adaptation, pour les secondes dans les pansements journaliers, n'avait empêché ni la réunion immédiate, ni le bourgeonnement régulier qui précède la cicatrisation par seconde intention. Il a allégué en outre qu'il existe un préjugé populaire qui consiste à croire à l'efficacité de l'urine appliquée comme topique sur certaines plaies, voulant sans doute faire comprendre par là qu'une telle croyance ne se soutiendrait pas si les effets de ce liquide étaient réellement désastreux.

Ces opinions contradictoires s'expliquent facilement, si l'on tient compte de certains faits pratiques qui s'observent souvent, et dans lesquels la présence de l'urine semble effectivement produire des effets différents. Pour n'en citer que deux, qui ont dû frapper ceux qui en ont fait le rapprochement, je rappellerai les résultats produits par l'action de l'urine lors de la formation des fissures uré-

(1) Gustav Simon, ouvrage cité. Rostock, 1862, p. 104.

thrales de l'homme, et ceux qui suivent les opérations de taille périnéale. Dans le premier cas, l'on sait que des gangrènes inévitables, et quelquefois d'une grande étendue, accompagnent la présence du liquide dans les tissus, tandis que, dans le second, son passage sur les surfaces incisées ne semble produire aucun accident fâcheux, ni même empêcher le rétablissement consécutif de la miction par les voies naturelles. Selon que les praticiens ont envisagé plus spécialement l'un ou l'autre de ces phénomènes cliniques, ou d'autres qui leur ressemblent, ils ont pu se faire une idée exagérée de l'action délétère de l'urine, ou en nier l'influence, même comme simplement modificatrice des surfaces saignantes ou suppurantes. Ce sont là des conséquences auxquelles conduit naturellement l'examen incomplet des circonstances dans lesquelles se produit le contact du liquide.

Ici, comme en beaucoup d'autres choses, la vérité se trouve, selon moi, entre les deux extrêmes. Le fait de l'action nécrotique de l'urine infiltrée dans le tissu cellulaire est indéniable : mais il faut considérer que, lorsque cette action se manifeste, le liquide séjourne dans les tissus et a le temps d'y acquérir des propriétés nouvelles par les décompositions chimiques qu'il y subit. Ce n'est plus comme urine fraîche qu'il se comporte alors, mais comme un nouveau produit provoquant en même temps les effets d'un corps étranger et ceux d'un agent désorganisateur. C'est donc mal raisonner que de partir de cette observation pour admettre que les mêmes désordres doivent se produire quand le liquide ne fait que couler à l'état frais sur une surface traumatique. Dans la taille périnéale, en effet, opération dans laquelle la plaie subit l'impression de l'urine dans ces dernières conditions, la mortification n'a point lieu. Il y a là, à la vérité, une modification de la surface sanglante, qui se traduit par la formation d'une

pellicule d'un blanc grisâtre à travers laquelle apparaît plus tard la couleur rosée des bourgeons charnus; mais aucune eschare ne se manifeste, et la pellicule elle-même ne se détache pas sous la forme d'une membrane mortifiée. L'adossement et l'adhérence des bourgeons ne sont empêchés par aucune influence contraire; et nul doute que si, après l'opération, les surfaces pouvaient être exactement affrontées et maintenues dans cet état, elles se réuniraient par première intention, malgré leur arrosement par le flot d'urine qui s'est échappé de la vessie lors de son ouverture par l'instrument tranchant.

Ces considérations démontrent clairement que l'urine, normale, coulant librement sur des parois incisées, ne gangrène pas celles-ci et ne leur imprime aucun caractère pernicieux; mais elles prouvent aussi que, lorsque l'écoulement persiste pendant un certain temps, il détermine dans les surfaces traumatiques une modification, légère à la vérité, mais parfaitement appréciable.

J'ai répété de différentes manières les expériences de M. Simon, et il m'a paru que cette modification consiste dans un effet cathérétique très-faible, inférieur de beaucoup à celui qui est produit par la pierre infernale. En effet, le badigeonnage, avec de l'urine fraîche, d'une plaie récente produite par incision, provoque une douleur piquante assez modérée qui disparaît bientôt, et qui n'empêche nullement la réunion par première intention : ce qui confirme certaines remarques du professeur allemand. Si l'application du liquide est continuée pendant un certain temps avant le rapprochement des bords de la solution de continuité, ceux-ci ne peuvent plus être réunis d'une manière immédiate, et il se forme à leur surface un léger enduit d'un blanc grisâtre continu avec celui du fond de la plaie, qui en empêche la locomotion sur les parties sous-jacentes : la suppuration devient alors inévitable.

Lorsqu'on agit avec l'urine sur une plaie bourgeonnante, la sensation qu'elle détermine est moins douloureuse, et si l'on insiste un peu sur son applieation, ses effets se bornent à une légère coloration en gris de la surface rosée. Si après cela l'on rapproche les bords de la plaie, la réunion par seconde intention paraît se faire eomme après un pansement ordinaire, et il se produit alors ce qu'on observe à la suite de la taille périnéale, quand les bourgeons, devenus assez saillants pour se toucher, eontractent des adhérenees et ferment l'ouverture pratiquée. Je ne sais ee qu'on observerait dans ees diverses eireonstances si l'on employait de l'urine plus ou moins altérée : je n'ai pas poussé mes essais jusque-là, parce que j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque danger à le faire, et que du reste la ehose me paraissait inutile sous le rapport des enseignements que je voulais retirer de mes expérienees.

Il ressort de tout ee que je viens de dire que, quand une plaie par instrument tranchant a été pratiquée à la paroi uro-génitale de manière à donner issue à l'urine, eelle-ci doit faire subir aux bords de la lésion une aetion légèrement cathérétique, qui les crispe un peu, sans leur faire perdre d'abord leur faculté d'adhésion; que si rien n'est fait en ee moment pour obtenir eette adhésion, elle doit devenir bientôt impossible, et le travail de la suppuration imminent; que lorsque les bourgeons eharnus, résultat de ce travail, se sont formés, la réunion par seconde intention doit pouvoir encore s'effeetuer, si les bords de la solution de continuité sont maintenus en contact; et que, s'ils sont abandonnés à eux-mêmes, ils ne peuvent se souder que pour autant qu'une circonstance ou une autre vienne opérer naturellement ce rapproehement indispensable.

Un des effets du contact un peu prolongé de l'urine sur une plaie ordinaire, est de faire un seul tout, désormais

solidaire, des bords de la plaie et du plan sous-jacent; un résultat analogue doit aussi se produire dans la plaie uro-génitale et y opérer de bonne heure une adhérence des parois du vagin et de la vessie. Cette adhérence devra le plus souvent empêcher les infiltrations urineuses dans le tissu cellulaire intermédiaire aux deux parois : aussi observe-t-on fort rarement cet accident, quoique certains auteurs, comme Stalpaert Van der Wiel (1) et Riss (2) l'aient signalé. Mais d'un autre côté, elle doit singulièrement contrarier la rétraction concentrique indispensable à l'obturation des plaies annulaires, et favoriser, au contraire, la formation d'un ourlet cicatriciel, qui, une fois établi, entraîne définitivement la permanence de la fistule.

Les lésions d'outre en outre de la paroi uro-génitale par instruments tranchants étant le plus souvent abandonnées à elles-mêmes, soit parce que l'état de la femme ne comporte pas l'usage des opérations qui seraient nécessaires, soit pour tout autre motif, on observe généralement que ces blessures passent par les phases que je viens d'indiquer et aboutissent à la formation d'une ouverture fistuleuse. Il faut ajouter que l'écoulement continuel de l'urine à travers la solution de continuité doit encore être singulièrement contraire à la cicatrisation concentrique, non plus en agissant par les propriétés irritantes ou cathérétiques du liquide, mais en se comportant comme simple corps étranger.

Lorsque la plaie de la cloison uro-génitale a été produite par déchirure, l'hémorrhagie, ici comme ailleurs, est

---

(1) Stalpaert Van der Wiel, *Observat. centur.* 1, *Obs.*, 82.

(2) J.-C. Riss, *De vitiis mictionis gravidarum parturientium atque puerperarum*. Argentonati, 1780, p. 25.

moindre qu'après une incision, et ne peut devenir inquiétante que quand de gros vaisseaux ont été intéressés. On sait que ces lésions, quand elles sont régulières, ne rendent pas toujours impossible une réunion par première intention. Mais comme il est assez rare qu'elles affectent cette disposition, et qu'au contraire, il arrive souvent que l'inégalité de résistance des différents tissus entamés détermine leur rupture à des endroits qui ne se correspondent pas, l'adaptation exacte en devient plus difficile et le passage à la suppuration plus naturel et plus fréquent. Joignez à cela que des parcelles de tissus peuvent avoir été assez dilacérées pour ne plus posséder les éléments nécessaires à leur vitalité, et qu'alors l'élimination des parties mortes nécessite un travail pendant lequel la réunion ne peut se faire. Le résultat le plus fréquent de cette espèce de solution de continuité est donc la formation d'une plaie bourgeonnante présentant un caractère d'irrégularité plus marqué que lorsque cette terminaison succède à une incision.

Il en est de même, à plus forte raison, des plaies par arrachement, dans lesquelles les déchirures sont toujours multiples, et de plus accompagnées de la formation de lambeaux à l'endroit desquels se produisent de plus grandes ouvertures. Quant aux piqûres faites par un trocart ou des instruments qui lui ressemblent, elles présentent les phénomènes qui accompagneraient de petites plaies faites par des incisions rapprochées et convergentes.

Les simples contusions du conduit utéro-vulvaire doivent être très-fréquentes pendant les accouchements les plus ordinaires, et s'y guérir, ou à peu près, avec la même facilité que dans les autres régions du corps. Lorsque l'épanchement sanguin qui les accompagne est considérable, il n'y a pas de raison, ainsi que je l'ai déjà dit, pour qu'il ne se comporte pas comme ailleurs, c'est-à-dire

en passant par la résorption lente suivie de guérison, ou par la formation d'un abcès qui élimine les caillots et le sang liquide mélangés au pus. La paroi génitale ayant presque toujours été plus violemment froissée que la paroi urinaire, l'ouverture de la collection devra se faire le plus souvent vers le conduit vulvo-utérin, et ce ne sera que dans des cas bien rares que l'abcès pourra crever dans la vessie seule. Dans ces deux suppositions, du reste, la fistule n'aura pas lieu, et il va de soi qu'elle ne se formera que quand l'ulcération perforante se sera faite en même temps des deux côtés, ou bien lorsque, la première ouverture s'étant produite dans la vessie, la paroi vaginale de l'abcès se sera trouvée tellement amincie qu'elle n'aura pu résister à la pression de l'urine. La fistule établie dans ces conditions rentrera dans la classe de celles qui sont accompagnées de bourgeonnement des surfaces, avec addition d'une complication importante, consistant en une cavité intermédiaire aux deux orifices, cavité qui devra se combler en partie avant que ceux-ci soient réunis par un trajet direct. Cette complication amènera nécessairement une plus grande étendue dans la substance cicatricielle. Le mode de formation des fistules de ce genre étant de nature à exiger un certain temps, les symptômes de l'affection n'apparaîtront qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle où la cause première a exercé son action.

Dans les cas où la paroi uro-génitale a été gangrenée d'emblée, l'eschare qui résulte de cette mortification, se trouvant dans un milieu abreuvé de liquides, prendra le plus souvent la forme humide et s'imbibera d'urine immédiatement après sa formation, pas assez cependant pour laisser transsuder immédiatement le liquide dans le vagin. Le processus éliminateur étant établi, la séparation de la partie morte se fera avec plus ou moins de rapidité, suivant les dispositions individuelles, le degré de force et

de résistance vitale de la femme, comme aussi suivant l'état de santé ou de maladie qui aura suivi l'acte pendant lequel la destruction des tissus aura eu lieu. Il tombe sous le sens que l'isolement complet de l'eschare ne se fera pas au même moment dans toute sa circonférence : l'écoulement de l'urine dans le vagin aura donc lieu avant la chute complète de la portion sphacélée; et il est même à supposer que l'eschare pourra, en se ramollissant et en subissant dans ses éléments un travail de dissociation, permettre au liquide de la traverser avant même qu'une partie de son pourtour soit détachée. Dans tous les cas, la production de la fistule consécutive n'indiquera point la terminaison du molimen expulsif qui se sera produit autour du corps étranger. La ligne qui, une fois l'élimination faite, circonscrira la perte de substance, sera très-irrégulière, d'abord parce que les limites des parties détruites auront rarement été bien nettes, puis parce que la séparation du mort et du vif ne se fait presque jamais sans anfractuosités et sans déchiquetures. Cette disposition rendra naturellement la réunion secondaire plus difficile et moins exacte. Toutefois, comme les bords de l'ouverture seront formés de bourgeons embrassant sans interruption toute l'épaisseur de la cloison, il n'y aura point, comme dans le cas d'abcès consécutif à la contusion, de tendance à l'infiltration de l'urine dans l'intervalle qui sépare la vessie du vagin; et la fistule se comportera, sauf les particularités qui viennent d'être indiquées, comme celles dont les bords sont le siége d'une suppuration de bonne nature.

On voit quelquefois l'inflammation qui suit certaines lésions du vagin se terminer par gangrène au lieu de mener à la formation d'abcès. Lorsque cela arrive, la perte de l'urine se montre plus tard encore que dans la mortification d'emblée, attendu qu'il y a là deux procès patho-

logiques qui se succèdent et qui doivent avoir chacun une durée plus ou moins longue.

L'ulcération, quand elle est assez persistante et assez profonde pour perforer la cloison uro-génitale, se comporte à sa manière tant que la cause qui lui a donné naissance est en action. Mais une fois cette cause détruite, les bords de la fistule rentrent dans la catégorie des plaies suppurantes et se comportent comme tels. Il en est de même des orifices fistuleux formés par des collections voisines s'ouvrant simultanément dans le vagin et dans la vessie : on peut les classer à côté des fistules résultant des contusions abcédées, en tenant compte seulement des particularités que j'ai indiquées dans le chapitre précédent.

Quelle que soit la cause qui ait produit l'ouverture à bords suppurants qui fait communiquer entre elles les voies urinaires et génitales, la nature, pendant la formation des bourgeons charnus, a fait affluer autour de la solution de continuité une certaine quantité de fluides, et il s'est formé ainsi une infiltration qui a eu pour effet le gonflement des bords dans une plus ou moins grande étendue. La membrane granuleuse présente, en général, des bourgeons fins et peu saillants; mais sa surface peut offrir les inégalités, les bosselures les plus variées, selon la forme de la lésion primitive et le mode d'élimination des eschares. Bientôt la couche granuleuse s'égalise en même temps que diminue l'engorgement ambiant; la pellicule cicatricielle apparaît, et ses propriétés rétractiles agissant dans deux sens, du vagin à la vessie et de la circonférence de l'ouverture à son centre, il en résulte un amincissement des bords libres de celle-ci et un rétrécissement de son aire. Ordinairement, la cicatrisation des bords s'achève (vu le peu d'étendue que doit acquérir la cicatrice pour en arriver là) avant que les différents points de la circon-

férence de l'ouverture aient eu le temps de se mettre en contact en vertu de la force de rétraction concentrique; et, comme un bord cicatrisé n'est plus propre à l'adhérence, il en résulte que l'occlusion spontanée n'a presque jamais lieu. Ce n'est que dans de petites pertes de substance que la rétractilité centripète peut avoir de l'avance au point d'en arriver à l'oblitération avant que la cicatrisation périphérique verticale soit terminée.

Après un certain temps consacré à l'affermissement, à la consolidation de la cicatrice et à la résorption des éléments qui ne doivent pas entrer dans sa composition, la fistule devient stationnaire, et presque constamment, reste pour toujours ce qu'elle est devenue. C'est en cet état qu'il est donné au chirurgien de l'étudier le plus souvent, et il est rare qu'il se présente à lui des occasions d'en faire un examen plus approfondi par des dissections sur le cadavre et l'observation microscopique de ses différents éléments histologiques. Cette étude cependant a été faite, et voici ce qu'elle a appris (1).

Si l'on fait une coupe verticale du bord d'une fistule vésico-vaginale, on trouve que les surfaces de la section représentent un cône allongé dont le sommet correspond à la circonférence de l'ouverture, et la base à un endroit plus ou moins éloigné où les muqueuses urinaire et vaginale reprennent leur distance normale. La partie intermédiaire aux deux surfaces du cône est occupée par un tissu de cicatrice qui part du pourtour de la fistule, où il domine, et s'étend, en diminuant graduellement de densité, vers le tissu conjonctif qui occupe l'intervalle de la vessie et du vagin. Cette substance est d'autant plus intimement unie aux parois vaginale et vésicale voisines, qu'elle se rapproche

---

(1) Freund, ouvrage cité, pp. 65 et suivantes.

davantage du cercle aminci de l'orifice; de telle sorte que, si l'on cherche à disséquer les deux organes, on n'y peut plus parvenir sans produire une division artificielle, à partir d'une distance de la fistule qui varie de trois à six millimètres. Comme le tissu des cicatrices en général, cette partie centrale est dure, fibreuse, résistante, pauvre en nerfs et en vaisseaux; les parties constituantes du vagin, d'abord simplement adhérentes à cette substance, finissent par perdre de plus en plus leur prédominance et leurs caractères propres au fur et à mesure qu'elles se rapprochent de l'anneau fistuleux; les fibres musculaires, les rares glandes, les papilles de cet organe deviennent de moins en moins distinctes, jusqu'à ce qu'enfin, à partir d'un millimètre à un millimètre et demi de l'orifice, elles disparaissent tout à fait, pour être remplacées par le tissu cicatriciel seul, recouvert d'une couche rude et irrégulière d'épithélium. La vessie se comporte à peu près de même, et semble se fondre aussi insensiblement dans la substance de nouvelle formation qui règne au niveau de l'orifice, de sorte que celui-ci ne présente plus aucun des caractères histologiques propres à chacun des deux viscères qu'il réunit.

SIÉGE, FORME, DIRECTION, ÉTENDUE, TRAJET, NOMBRE DES FISTULES.

Siége. — En établissant les divisions des fistules sur les bases du point de départ dans l'appareil urinaire et du lieu d'arrivée dans les voies génitales de la femme, j'ai déjà implicitement indiqué le siége que peuvent occuper ces lésions. Il y a cependant quelques particularités qu'une indication vague et générale ne peut comprendre, et qui doivent trouver ici leur place.

Les fistules produites par des corps vulnérants, soit qu'ils

aient exercé leur action de la vessie vers le vagin ou du vagin vers la vessie, n'ont pas, on le comprend, de siége de prédilection. La taille, se pratiquant ordinairement sur le milieu du vagin, doit déterminer des fistules médianes. Les calculs, se déposant de préférence dans le bas-fond de la vessie, formeront aussi, dans le cas de perforation, des ouvertures ayant le même siége. Les collections circonvoisines, les ulcères syphilitiques, les lésions locales résultant de l'état puerpéral, pourront attaquer des points fort différents de la paroi vésico-vaginale, car ils n'ont rien de constant, ni dans leur lieu d'apparition, ni dans leur marche, ni dans le choix du tissu qu'ils détruisent pour établir la communication anormale.

Le siége des fistules qui sont le résultat de l'accouchement ne peut être établi d'après des règles fixes et invariables; cependant il est certain qu'elles se montrent beaucoup plus fréquemment dans certaines régions que dans d'autres. Ainsi, d'ordinaire, les fistules uréthro-vaginales occupent seulement la partie postérieure de l'urèthre; les fistules vésico-vaginales proprement dites choisissent de préférence le voisinage du col utérin, et se développent aussi, mais moins souvent, au bas-fond de la vessie; les fistules vésicales cervico-utérines sont plus souvent superficielles que profondes; les fistules urétéro-vaginales directes ou indirectes s'ouvrent le plus fréquemment sur les côtés de la ligne médiane, et forment ainsi contraste avec toutes celles que je viens de citer, qui ont une prédilection marquée et incontestable pour le milieu de la cloison génito-urinaire.

Il y a des raisons pour lesquelles les choses se passent ainsi, et il n'est pas bien difficile de les découvrir. Il est évident, en effet, que la partie antérieure de l'urèthre, dépassant en avant l'arcade du pubis, doit le plus souvent échapper à la compression et rester intacte, tandis que

la partie postérieure, retenue derrière l'arcade par l'aponévrose périnéale moyenne, ne peut se soustraire, ni par sa position, ni par aucune locomotion, aux efforts exercés de haut en bas et d'arrière en avant dans le sens de son écrasement contre le cintre osseux. Le col vésical, plus mobile, mais maintenu aussi par les mêmes connexions et de plus par l'aponévrose pelvienne, subit forcément le même sort lorsque les mêmes causes de destruction viennent à agir sur lui. Bien plus, comme il se présente le premier au corps comprimant qui a franchi le vagin et qui est arrêté derrière le pubis, il est exposé à être encore plus fréquemment lésé. Le col utérin étant ordinairement effacé lorsque les contractions énergiques qui poussent la tête dans l'excavation se manifestent, c'est naturellement la partie du vagin qui se présente immédiatement en dessous qui se trouve exposée la première à la compression, si celle-ci vient à s'exercer en ce moment. Il peut alors arriver, ou que cette région soit seule à ressentir les effets de l'attrition, ou que le segment voisin du cercle qui remplace le col y participe avec elle, et entre plus tard dans la composition d'une fistule vésicale cervico-utérine superficielle. La fistule vésicale cervico-utérine profonde doit se produire le plus souvent quand de fortes contractions surgissent avant la complète dilatation du col, et lorsqu'un enclavement, survenu à ce temps de l'accouchement, déprime longtemps la partie supérieure de cet organe entre la tête et le détroit supérieur. Cet accident se présentant assez rarement, cette espèce de fistule doit être moins fréquente que l'autre. Lorsque la partie comprimante du fœtus a dépassé le cul-de-sac supérieur du vagin, elle descend ordinairement sans entraves jusqu'à la partie inférieure du canal; toutefois il peut se présenter des circonstances qui ne lui permettent pas d'exécuter ce mouvement sans pousser devant elle la partie moyenne

de l'organe. C'est ce qui peut arriver, par exemple, quand la poche urinaire n'a pas été vidée, quand la partie antérieure du conduit vulvo-utérin se plisse transversalement, ou lorsqu'un changement survenu dans les rapports de la tête et du bassin rend l'excavation relativement trop petite, et détermine l'enclavement dans un point de son étendue. Les fistules du bas-fond de la vessie deviennent alors aussi imminentes qu'elles ont été sûrement évitées dans le premier cas.

La tendance des fistules à se former de préférence sur la ligne médiane dépend surtout de deux causes : 1° du mode de juxtaposition de la vessie et du vagin, qui est tel, que le contact le plus intime se fait sur la ligne médiane, et qu'à partir de cette ligne les organes s'écartent comme le feraient deux cylindres superposés laissant entre eux un intervalle occupé par des vaisseaux, des nerfs et une grande quantité de tissu conjonctif; 2° de ce que souvent, comme l'a fait remarquer M. Stoltz (1), la fistule se produit au moment où le fœtus exécute le mouvement de rotation qui vient placer son occiput sous le pubis. — La disposition anatomique que je viens de citer expose évidemment davantage le milieu de la paroi génito-urinaire à subir les effets de la compression que ses parties latérales, qui ont, pour lui résister et lui échapper, une plus grande épaisseur de tissus et une mobilité beaucoup plus grande. Et le rapport des parties, après le mouvement de rotation de la tête du fœtus, fait que l'occiput, qui représente un cône mousse, vient surtout appuyer directement sur la partie inférieure de la symphyse pubienne : de sorte qu'il

---

(1) Stoltz, *Mémoire sur les perforations du col de l'utérus et les fistules vésico-utérine et vésico-abdominale à la suite de l'accouchement.*

déprime contre ce point, soit les parties qui se trouvent en dessous de la symphyse dans l'état normal, soit celles que la tête fœtale a rencontrées sur la ligne médiane et entraînées avec elle dans son mouvement de descente.

Malgré la fréquence des fistules dans le plan médian, cette position n'est pas constante; il y a même des auteurs qui semblent admettre que les perforations vésico-vaginales situées à gauche sont plus fréquentes que celles du milieu de la cloison. M. G. Simon, par exemple, rapporte que, sur dix-sept cas, il a trouvé dix fistules à gauche, cinq au milieu et deux à droite; et il explique ces faits en disant que, dans la majeure partie des accouchements, les régions les plus dures et les plus volumineuses de l'enfant se présentent à la moitié gauche du bassin (1). Sans nier que l'observation de M. Simon soit exacte et que son explication ait quelque apparence de raison, il faut dire cependant que l'expérience de beaucoup de chirurgiens n'est pas conforme à la sienne; et, pour mon compte, ainsi qu'on le verra plus loin, j'ai de graves motifs pour ne pas admettre, comme étant le plus commun, le siége regardé comme tel par le chirurgien de Rostock. D'ailleurs, la raison qu'il allègue se trouve faussée en partie par cette autre, que le plus souvent les fistules ne se produisent que dans le cas d'angusties pelviennes, et que, ces difformités se manifestant bien plus souvent dans le sens antéro-postérieur que dans le sens latéral, il doit en résulter une plus grande fréquence des lésions médianes. Il y a, du reste, un grand nombre d'ouvertures uro-génitales qui ne peuvent siéger que sur la ligne médiane ou tout à fait dans son voisinage, attendu que les organes

---

(1) Gustav Simon, *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses*. Prag, 1868.

qu'elles occupent se trouvent sur cette ligne : telles sont les fistules uréthro-vaginales (1), vésicales cervico-vaginales et vésicales cervico-utérines. Pour ce qui concerne la cloison vésico-vaginale, elle n'est guère exposée à se perforer latéralement que lorsque l'accouchement est entravé par des difformités du bassin qui rendent plus saillants que d'habitude certains points des plans latéraux de l'excavation ou des détroits; par des tumeurs dures, des exostoses; par un défaut d'harmonie entre la conformation de la tête de l'enfant et l'arcade du pubis, qui fait plutôt porter les parties saillantes de la première sur les côtés que sur le milieu du cintre osseux. La même lésion peut cependant se produire encore quelquefois à la suite du séjour prolongé de la tête sur les rebords latéraux du détroit supérieur ou dans les parties correspondantes de l'excavation, avant l'exécution de son mouvement de rotation. C'est surtout dans ces cas que la région des uretères est exposée à être lésée, et à entrer, soit isolément, soit, ce qui arrive bien plus communément, avec des portions plus ou moins étendues des parois uro-génitales voisines, dans la composition d'ouvertures fistuleuses.

Si l'on se rappelle la description qui a été donnée de l'emplacement des uretères relativement au col utérin, au vagin et à la vessie, on comprendra que les fistules latérales qui auront le plus de chances de comprendre ces canaux, seront celles qui attaqueront la substance située entre les angles postérieurs du trigone vésical et les parties latérales

---

(1) Les cas de divisions latérales de l'urèthre rapportés par M. Freund (ouvrage cité, p. 62) se rapportent à des blessures qui ne sont pas le fait de l'accouchement, et qui paraissent avoir été déterminées par des manœuvres imprudentes ou par un cathétérisme mal dirigé.

du col utérin. Toutefois, comme des inflammations circonvoisines et des péritonites antérieures peuvent avoir changé la situation normale des uretères, il est possible, dans des cas à la vérité fort rares, qu'ils soient intéressés dans d'autres endroits. Mais il ne faudrait pas croire que l'ouverture de ces conduits sur les bords d'une fistule de moyenne grandeur, à une distance de la ligne médiane moindre que la normale, indique toujours qu'ils ont été surpris dans une position qui n'était pas naturelle : car il est d'observation que des pertes de substance, assez étendues pour embrasser les tissus situés dans l'intervalle des uretères en même temps qu'une partie de ces canaux eux-mêmes, peuvent se rétrécir, en vertu de la rétractilité concentrique, au point de ramener les orifices uretéraux à une situation quelquefois fort rapprochée du milieu du vagin.

Malgré les changements que des adhérences pathologiques sont capables de déterminer dans les rapports des uretères, je ne pense pas qu'ils puissent rendre possible la lésion de ces canaux au-dessus de la partie de leur trajet qui dépasse en haut le col utérin : par conséquent, comme je l'ai déjà fait remarquer (p. 218), les fistules faisant communiquer cette dernière portion avec la cavité utérine doivent être extrêmement rares. En effet, il est sans exemple, jusqu'aujourd'hui, qu'on ait observé cette espèce de fistule. Il y a, pour rendre raison de la difficulté de l'établissement de ces communications (qui est bien autrement grande encore que celle qui empêche la formation des fistules vésico-utérines), des considérations qui l'expliquent d'une manière toute naturelle. Ainsi, outre l'éloignement des deux organes, il faut tenir compte de ce que l'uretère tend à se loger, comme les vaisseaux, dans une échancrure du bassin correspondant à la symphyse sacro-iliaque, et qu'il échappe ainsi, de même que les

artères et les veines, aux compressions qui s'exercent sur les os pendant l'accouchement. Sa forme, d'un autre côté, donne peu de prise aux causes qui tendraient à l'aplatir et à l'écraser. Ensuite les mouvements dont il est susceptible, soit à cause de sa configuration cylindrique, soit par suite de la locomotion de la colonne liquide qu'il renferme, lui donnent la faculté d'éluder jusqu'à un certain point les pressions qui s'exerceraient directement sur lui. Sous ce rapport, il présente encore une grande analogie avec les tubes sanguins (1). Enfin, comme ces tubes, il a une tendance à glisser sur les saillies pour se loger de préférence dans les dépressions voisines : de sorte qu'en supposant une difformité du bassin dans laquelle la région de la symphyse sacro-iliaque présenterait une saillie au lieu d'un enfoncement, il est probable qu'il l'abandonnerait et s'inclinerait vers l'excavation la plus proche.

Voici un relevé de mes observations, qui pourra donner une idée du siége des fistules que j'ai eu à traiter :

Sur vingt-quatre fistules, la situation des orifices a été la suivante :

Médiane :

Dans le col utérin (vésicales cervico-utérines). .	2. — Obs. XVI, XXIII;
Au-devant du col utérin, avec lésion de la lèvre antérieure de l'organe (vésicales cervico-utérines profondes)	2. — Obs. XI, XX;
Au-devant du col utérin, sans lésion de la lèvre antérieure (vésicales cervico-utérines superficielles)	4. — Obs. I, III, XIV, XXII.
A reporter . . .	8

(1) Je ne pense pas qu'aucun accoucheur ait jamais observé, pendant la parturition, une hémorrhagie produite par la déchirure des vaisseaux hypogastriques.

	Report. . . .	8
Au bas-fond de la vessie		9. — Obs. II, IV, VII, VIII, IX, X, XV, XVII, XXI;
Au col de la vessie		2. — Obs. XII, XVIII;
Occupant toute la paroi vésico-vaginale . . .		3. — Obs. V, XIX, XXIV.

Latérale :

Au-devant et un peu à gauche du col utérin . .	1. — Obs. VI;
En avant et à droite du col utérin oblitéré. . .	1. — Obs. XIII.
	24

Forme et direction. — Il s'en faut de beaucoup que les fistules confirmées représentent la forme des lésions qui les ont déterminées. En général, on remarque que les angles de la plaie initiale ou consécutive tendent plus ou moins à s'effacer, les inégalités du pourtour à disparaître, et l'ensemble de l'ouverture à se rapprocher plus ou moins de la forme arrondie. De grandes irrégularités peuvent néanmoins se montrer à cet égard : les sinuosités et les bosselures de la circonférence ont quelquefois été tellement prononcées, que leurs traces se rencontrent encore après la parfaite consolidation des bords. Mais, même dans ces cas, on retrouve des indices des efforts qu'a faits la nature pour égaliser et régulariser la circonscription de l'orifice.

Les forces qui tendent à produire ces résultats sont, comme l'a indiqué M. Verneuil (v. p. 193) : 1° la rétraction cicatricielle s'opérant de muqueuse à muqueuse, qui tend à amincir les bords et à en niveler les bosselures; 2° la rétraction cicatricielle concentrique, qui produit l'arrondissement du fond des angles et sollicite leur mise à niveau des parties voisines. — Il s'opère, en un mot, dans la cloison uro-génitale, ce qui se manifeste dans les mêmes circonstances à la surface du corps, lorsqu'il existe une perte de substance dans

un organe revêtu sur ses deux côtés d'une membrane tégumentaire; il y a seulement à ajouter ici l'influence du contact de l'urine et de la contraction musculaire particulière des fibres qui ont été intéressées dans la vessie et dans le vagin.

Ces forces et ces influences combinées convertissent les plaies allongées faites par incision, ainsi que les pertes de substance irrégulières formées par ulcération, par suppuration, par gangrène, en orifices plus ou moins nettement circonscrits, faisant d'ordinaire communiquer directement le vagin et la vessie. Je me hâte d'ajouter toutefois qu'il faut pour cela que rien ne vienne contrarier le travail de la cicatrisation, dans les conditions où se trouvent le plus souvent les plaies du septum génito-urinaire. Or, il n'en est pas toujours ainsi, et l'observation a démontré, à cet égard, l'existence d'un certain nombre de variétés dont il est bon de rechercher les causes.

Dieffenbach croyait avoir observé que les petites fistules ont, en général, une forme ronde, et les grandes une forme ovale. Je ne crois pas qu'on puisse nier ce fait : mais, selon moi, l'interprétation qu'en a donnée le célèbre chirurgien de Berlin n'est pas exacte, car je pense que l'étendue de l'ouverture n'est pour rien dans la production de ces deux formes, la puissance rétractile s'exerçant d'après les mêmes lois dans les grandes comme dans les petites pertes de substance. Il est bien plus naturel de chercher les raisons du phénomène dans cette circonstance, que les causes qui produisent plus spécialement les petites fistules sont précisément celles qui tendent à leur donner une forme ronde, et *vice versâ*. Ainsi, la compression des parties molles entre deux surfaces convexes n'amène qu'une attrition limitée et arrondie des tissus, d'où la petitesse et la disposition circulaire de l'ouverture consécutive; tandis que la rencontre d'un corps convexe avec une concavité

qui l'emboîte, augmente l'étendue des points de contact et par conséquent de la mortification; et si la cavité de réception a des parois plus étendues dans un sens que dans l'autre, la lésion se prolonge davantage dans cette direction et donné lieu à des ouvertures ovales ou allongées.

La déviation de la forme primitive des fistules donne souvent lieu à des variétés bien plus singulières que celle qui détermine la configuration ovalaire. Les auteurs ont parlé de fistules en croissant, en tricorne, en T, en cœur, en fer à cheval, en raquette, en crochet, etc. Ces formes insolites sont toujours provoquées par des accidents qui enrayent d'une manière ou d'une autre les rétractions naturelles et propres au tissu inodulaire des fistules. Supposons, par exemple, que la désorganisation totale d'un point de la cloison uro-génitale soit accompagnée d'une gangrène partielle, assez considérable et située à distance, de la paroi vaginale seulement : nul doute que, pendant le travail de cicatrisation dont cette dernière lésion deviendra le siége, elle n'attire vers elle les bords voisins de l'ouverture anormale et ne change ainsi la direction de sa circonférence. Supposons encore que deux fistules, ayant leur grand axe dirigé dans des sens opposés, se touchent à peu près par quelques points de leur pourtour : il arrivera presque à coup sûr qu'elles se contrarieront mutuellement dans leur propension à s'arrondir, et se déformeront plus ou moins l'une ou l'autre, suivant la prépondérance de leurs forces rétractiles. Des pressions, des tractions exercées par des parties voisines, comme le col de l'utérus, des tumeurs péri-utérines, des hernies vésicales, etc., pourront contrarier la cicatrisation et la forcer à modifier l'action de ses forces, comme le fait le chirurgien quand il rapproche les bords d'une plaie extérieure dans la direction qui lui convient. Les adhérences

surtout, soit celles qui rattachent une portion de paroi vaginale à une autre, soit tout spécialement celles qui la fixent aux os du bassin, peuvent être regardées comme les modificateurs les plus énergiques de la forme ordinaire des fistules : elles les allongent, les plissent, les relèvent ou les abaissent par un de leurs bords; les tendent à la manière d'une boutonnière tiraillée à ses deux angles; leur communiquent, en un mot, des perturbations de configuration tellement diverses, qu'il n'est pour ainsi dire pas possible de les indiquer toutes, ni de prévoir l'ensemble des variétés qu'elles peuvent présenter à l'observation du praticien.

Il y a une forme des orifices fistuleux qui ne s'observe pas souvent, mais qu'un certain nombre de chirurgiens ont cependant rencontrée, et qui est remarquable par les indications spéciales qu'elle peut présenter : je veux parler des fistules infundibuliformes (Obs. XIV, XV, XX, XXI, XXII). Dans cette espèce d'ouverture, un des bords, ou une bonne partie de la circonférence, ou la circonférence tout entière forme un tronçon d'entonnoir ou un entonnoir complet, lequel est tapissé, suivant les cas, ou de la muqueuse vaginale ou de la muqueuse vésicale. D'après mes observations, la partie postérieure de l'entonnoir est le plus souvent recouverte de muqueuse vésicale, et la partie antérieure de muqueuse vaginale (Obs. XIV, XXII); je ne puis affirmer cependant qu'il doive toujours en être ainsi. Voici comment je comprends ce phénomène : il arrive souvent que, pendant l'écrasement des parties molles par la tête de l'enfant, le vagin, qui subit le premier la compression, se trouve gangrené dans une plus grande étendue que la vessie. Lorsque cela arrive, la muqueuse vésicale, pour arriver au contact des bords de la perte de substance, est obligée d'aller à sa rencontre et de s'engager dans la cavité vaginale : elle y reste après la

cicatrisation, et s'y aperçoit alors sous la forme d'un bord mousse et rebroussé entourant la fistule. Mais cette disposition insolite peut se produire par un autre mécanisme : la tête peut pousser devant elle une portion de la paroi antérieure d'un vagin spacieux et flasque, s'en coiffer comme d'une espèce de capuchon, et, dans cet état, écraser cette partie contre le cercle osseux du bassin, de manière à mortifier d'abord toute l'épaisseur de la cloison vagino-vésicale, puis une autre portion, située plus en avant, de la paroi vésicale seule. Dans une lésion de cette nature, la fistule consécutive peut présenter l'aspect d'un infundibulum oblique en avant et en bas, dans lequel le bord antérieur est formé d'une portion de substance vaginale qui se rebrousse vers l'intérieur de la vessie. C'est ainsi, je pense, que les choses se sont passées dans le cas de l'observation XXII.

Lorsque les fistules ont deux axes de différente longueur, le plus grand peut suivre diverses directions. Cependant il y a un fait dont tous les chirurgiens qui s'occupent de ce genre d'affections ont dû être frappés : c'est que, dans l'immense majorité des cas survenus à la suite de l'accouchement, la direction des fistules est transversale. Colombat et d'autres chirurgiens avaient déjà signalé cette disposition, dont il me paraît facile de donner la raison. Effectivement, il suffit de se rappeler la configuration des plans de la filière osseuse que la tête du fœtus doit traverser, pour comprendre que presque toujours la plus grande étendue des tissus comprimés doit se présenter dans le sens des lignes formées par l'arc antérieur du détroit supérieur et de l'excavation, et par l'arcade du pubis. Or, ces lignes suivent une direction transversale. Comme elles sont en même temps concaves en arrière ou en bas, on pourrait croire que les fistules doivent aussi s'incliner de ces côtés; mais il faut remarquer que,

lorsque les cintres osseux s'impriment sur la cloison urogénitale, celle-ci se présente à eux dans un sens perpendiculaire ou à peu près, ce qui fait que la lésion produite, qui est nécessairement concave comme les arcs pelviens, se trouve décrite dans un plan vertical relativement à l'axe du vagin, et non pas dans un plan oblique à cet axe. Il en résulte que la forme de la fistule apparaît, quand elle a une certaine étendue, comme une courbe s'accommodant avec celle de la paroi antérieure du conduit vulvo-utérin, et non point comme un croissant dont les cornes se dirigeraient en arrière ou en bas.

Ce que je viens de dire n'implique nullement la conséquence que jamais les fistules ne peuvent dévier un peu de la ligne parfaitement transversale. Ce serait là méconnaître le mécanisme de l'accouchement : car il est évident que, lorsque la tête s'engage dans une direction oblique, et pendant tout le temps qui précède son mouvement de rotation, le vagin et la vessie peuvent être surpris et contus dans le sens d'un plan incliné passant diagonalement par les côtés gauche ou droit du vagin. C'est ce qui est probablement arrivé dans les cas des observations VII, VIII, XI, XIII, XIV. Mais ces modifications légères de la direction transversale ne peuvent jamais aller jusqu'à la formation de fistules antéro-postérieures; et, quand on rencontre celles-ci, on est autorisé à supposer qu'il y a eu, ou déchirure de la cloison, ou intervention d'une autre cause que celle de la parturition. C'est alors surtout que l'on peut croire que des manœuvres inconsidérées ou des applications maladroites d'instruments ont contribué à déterminer la solution de continuité.

On peut voir, par le résumé suivant, quelles ont été la forme et la direction des fistules que j'ai traitées, et dans les observations desquelles ces particularités ont été notées.

Forme :

Allongée	Toutes les fistules qui viennent d'être indiquées ;
Arrondie.	3. — Obs. III, IV, VI, XVII ;
Mal déterminée	3. — Obs. V, XIX, XXIV ;
Cachée dans le col utérin.	2. — Obs. XVI, XXIII.
	8

Plusieurs de ces formes sont confondues dans les fistules XIV, XV, XX, XXII.

Direction :

Transversale.	9. — Obs. I, IX, X, XII, XV, XVIII, XX, XXI, XXII ;
Légèrement oblique à gauche et en bas . .	1. — Obs. VIII ;
Franchement oblique dans ce sens. . . .	3. — Obs. VII, XIII, XIV ;
Antéro-postérieure avec un peu d'obliquité à gauche et en bas.	1. — Obs. XI.
	14

Étendue et trajet. — Il est des fistules qui, résidant sur des organes étroits, ne peuvent présenter, dans aucun cas, une étendue bien considérable : telles sont celles qui attaquent l'urèthre, le col vésical, les uretères et le col de la matrice. Mais les fistules vésico-vaginales proprement dites peuvent offrir les dimensions les plus variées, depuis celles qui admettent à peine le stylet le plus fin jusqu'à ces ouvertures énormes qui comprennent toute la cloison, le col de la matrice et le canal de l'urèthre.

Les piqûres, les incisions, les ulcérations, les calculs et les corps étrangers de moyenne grandeur, les suppurations circonvoisines, ne donnent généralement lieu qu'à de petites fistules. On a vu le séjour prolongé des pessaires engendrer de très-larges ouvertures vésico-vaginales. Selon moi, les fistules les plus petites que puissent produire les gangrènes qui suivent l'accouchement ne doivent pas présenter un diamètre moindre que celui d'une tête

d'épingle. Dieffenbach, se basant sur ce qu'on rencontre parfois des pertuis extrêmement étroits et comme perdus dans les plis du vagin, pensait que ces orifices peuvent avoir été produits, pendant le passage de la tête, par l'écrasement d'un follicule muqueux préalablement dilaté (1). Cette assertion, que j'ai déjà eu l'occasion de combattre (p. 261), est tout à fait gratuite : il est bien difficile, en effet, d'admettre l'existence de ce mécanisme quand on considère la rareté des glandes du vagin; d'autre part, en supposant même la rupture d'un follicule, il est évident que cette lésion n'aurait pu atteindre que le vagin, et qu'elle aurait laissée intacte toute l'épaisseur de la paroi vésicale, laquelle aurait suffi pour empêcher l'établissement de la perforation. Ce que j'ai observé après certaines opérations non suivies de succès, dans lesquelles de nouveaux petits pertuis se sont formés sous l'influence de la suppuration provoquée par la suture (Obs. XVIII), me fait penser qu'après l'accouchement, ils doivent souvent se produire à la suite d'abcès développés autour d'épanchements sanguins.

Les grandes fistules affectent, le plus souvent, une forme plus ou moins transversale, et il est facile de se rendre compte de cette disposition, si l'on se rappelle que c'est dans cette direction que les surfaces les plus larges du fœtus et du bassin sont exposées à se rencontrer et à écraser les tissus qu'elles interceptent entre elles.

Il n'y a pas ordinairement de trajet proprement dit dans les fistules uro-génitales : elles s'ouvrent directement dans les deux organes, comme si elles avaient été pratiquées par un emporte-pièce. Cependant, dans les fistules infundibuliformes, il y a déjà deux orifices plus ou moins

---

(1) *Medic. Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen.* Berlin, 1836, nos 24 et 25.

bien dessinés et une espèce de conduit intermédiaire; et dans certaines fistules utérines qui attaquent une assez grande épaisseur de parties, on peut aussi rencontrer un tube plus ou moins complet s'ouvrant obliquement dans la vessie, de manière à y former parfois une espèce de valvule capable d'arrêter la sonde exploratrice (Obs. XVI). Mais c'est surtout dans les petits pertuis que l'on trouve souvent un canal qui leur fait suite et qui s'insinue entre les tuniques du vagin et de la vessie, quelquefois en suivant une direction rectiligne, beaucoup plus fréquemment en parcourant une voie plus ou moins sinueuse. Il m'est arrivé plusieurs fois de ne pouvoir pénétrer dans la vessie par ces fistulettes, et de ne parvenir à constater leur pénétration dans cet organe qu'en faisant faire à la femme un violent effort de miction, à l'effet d'y faire passer une petite goutte d'urine (Obs. VII et XVIII). Cette direction sinueuse des fistules de très-petite dimension est un argument de plus à faire valoir en faveur de l'idée que j'ai émise au sujet de leur mode de formation, et contre la manière de voir de Dieffenbach à cet égard : car il est connu que les abcès, surtout ceux qui se développent entre deux parois adossées d'organes différents, parcourent souvent un certain espace avant de s'ouvrir sur les surfaces libres qui les avoisinent. Cet espace, d'abord large, tend à se rétrécir de plus en plus, et, dans la cloison vésico-vaginale, il se fermerait complétement, n'était l'urine qui le traverse, et qui, jouant le rôle de corps étranger, l'empêche de se réunir dans toute son étendue. La lutte entre les parois de l'abcès, qui tendent à se rapprocher, et l'action de l'urine, qui cherche à conserver son issue, se résolvent naturellement par la persistance d'un conduit le plus petit possible, dont les détours doivent être déterminés par la résistance inégale des tissus qui ont été traversés. Rien de tout cela ne peut arriver dans le mécanisme indiqué par Dieffenbach, et il est impossible que la théorie de ce

chirurgien rende compte des sinuosités et de la longueur des trajets fistuleux.

L'étendue des fistules qui ont fait le sujet de mes observations a été indiquée comme suit :

Sur 2, comme une tête d'épingle. — Obs. III (deux fistules sur le même sujet);
1, trois millimètres. . . . — Obs. XIV (2e fistule);
2, comme une lentille. . . — Obs. I, XVII;
1, comme le diamètre d'une sonde de femme. . . . — Obs. XV;
2, un demi-centimètre . . — Obs. II, V;
1, un centimètre. . . . . — Obs. VI;
1, quatorze millimètres . . — Obs. XIII;
3, pouvant admettre le petit doigt . . . . — Obs. X, XIV (1re fistule), XX;
1, pouvant admettre l'indicateur. . . . . — Obs. IX;
2, un centimètre et demi. . — Obs. XII, XVI;
1, deux centimètres. . . . — Obs. XXI;
1, trois centimètres. . . . — Obs. XI;
1, large boutonnière . . . — Obs. XVIII;
1, deux doigts . . . . . . — Obs. VIII;
1, pièce de cinq francs . . — Obs. VII;
1, cinq centimètres . . . — Obs. XXII;
3, énormes . . . . — Obs. V, XIX, XXIV.

Nombre. — Les fistules qui se présentent le plus souvent à l'observation sont les fistules uniques. Cela dépend probablement de ce que fréquemment, dans le cas de disproportion relative entre la filière pelvienne et le crâne fœtal, les efforts d'expulsion, soit naturels, soit artificiels, s'exercent principalement sur l'endroit où le passage est le plus difficile, et de ce que, lorsque ce détroit a enfin été franchi, le reste du chemin à parcourir ne présente plus assez d'obstacles aux parties malaxées, déprimées, allongées du fœtus, pour que de nouveaux enclavements puissent se produire. Cependant la multiplicité et la diversité des causes de dystocie sont tellement grandes, que l'on comprend facilement la possibilité d'accouchements plus compliqués, pendant lesquels des eschares résultant

de la compression se développent en plusieurs endroits.

J'ai déjà abordé ce sujet au chapitre des causes, et j'ai dit que la compression peut exceptionnellement s'exercer sur plusieurs points à la fois, ou successivement sur différentes régions des parois génito-urinaires (p. 260). Pour démontrer la vérité de cette assertion générale, je me bornerai à citer quelques exemples. Je suppose une angustie pelvienne résultant du rapprochement des branches ascendantes de l'ischion : dans la descente de la tête du fœtus, il arrivera un moment où elle appuiera fortement les parties molles contre ces deux saillies, en laissant parfaitement libres les tissus qui correspondront à la symphyse pubienne. Il se produira dans ce cas, si l'attrition est assez forte, deux fistules latérales séparées par un isthme de substance intacte. Représentons-nous maintenant un bassin dans lequel le sacrum offre une courbure tellement exagérée, que le diamètre antéro-postérieur des détroits supérieur et inférieur en est raccourci en même temps que l'excavation conserve ses dimensions normales, ou se trouve même augmentée : évidemment, il sera possible, dans cet état de choses, que deux compressions successives s'exercent en des endroits différents, et que la mortification, si elle en est le résultat, donne lieu à deux fistules placées l'une au-dessus de l'autre. On peut facilement, en se rappelant toutes les combinaisons possibles des causes mécaniques de dystocie, se représenter les circonstances où elles exposeront à la production de fistules doubles ou multiples. Mais il y a un autre mécanisme suivant lequel il me paraît que des ouvertures superposées à distance peuvent aussi se développer : c'est celui qui se produit lorsque la tête du fœtus, rencontrant une paroi vésico-vaginale flasque et plissée transversalement, la pousse devant elle, et écrase la base seulement de la saillie, en en laissant indemne le bord libre, de sorte qu'il en résulte,

après la chute des eschares, deux orifices placés dans le sens de l'axe du vagin, et situés à une distance mesurée par la hauteur de la plicature de la cloison.

Les causes de dystocie ne sont pas les seules qui puissent déterminer la multiplicité des fistules. La vaginite consécutive à l'accouchement et aux opérations dont il a pu être accompagné, et l'état puerpéral, qui imprime parfois aux lésions locales un caractère si funeste, sont encore des maladies capables de faire naître des délabrements tellement étendus, que la paroi vésico-vaginale peut, à leur suite, rester trouée en plusieurs endroits. C'est consécutivement à ces terribles affections, tout aussi bien qu'après des lésions traumatiques extraordinaires, qu'on rencontre quelquefois sur le même sujet, non-seulement plusieurs fistules de la même catégorie, mais encore d'autres orifices ayant des points de départ différents. C'est alors surtout qu'il se présente en même temps des fistules uréthro et vésico-vaginales, des fistules vésicales cervico-utérines, urétérales vaginales et cervico-utérines et des perforations recto-vaginales. Heureusement, je le répète, ce sont là des exceptions fort rares, et qui d'ailleurs sont d'autant moins souvent soumises à l'observation de l'opérateur, que les maladies qui les amènent conduisent bien plus fréquemment à la mort qu'à la guérison.

Je n'ai rencontré dans ma pratique que trois cas de fistules doubles (Obs. III, V et XIV).

ÉTAT DES ORGANES VOISINS DES FISTULES.

Aussitôt qu'une fistule uro-génitale est établie d'une manière définitive, la vessie et l'urèthre cessent, à des degrés plus ou moins marqués, de remplir leurs fonctions, et subissent en conséquence les changements auxquels sont soumis tous les organes qui n'agissent plus. La

vessie revient sur elle-même, se ratatine, se rétrécit, au point de ne plus former au-dessus de la fistule qu'une espèce de petit couvercle, qui quelquefois dépasse à peine la circonférence de l'ouverture (dans certaines grandes fistules). L'urèthre diminue également de calibre, et peut même s'oblitérer. En même temps que la capacité de la vessie diminue, son épaisseur augmente, et sa muqueuse s'épaissit et se plisse. Certains auteurs, entre autres M. Freund (1), ont voulu mettre ces changements sur le compte d'un travail hypertrophique développé dans cet organe. Il m'est impossible d'adopter cette opinion : d'abord, parce que l'on voit toujours le défaut d'exercice entraîner l'atrophie et non pas l'hypertrophie, et qu'il n'y a pas de raison pour qu'il y ait ici une dérogation à cette loi; ensuite, parce que l'observation a démontré (2) qu'après les opérations pratiquées pour les fistules, la dilatation de la vessie se fait avec une facilité et une rapidité tellement prononcées, qu'il n'est guère permis de supposer que son système musculaire avait perdu virtuellement ses propriétés et l'agencement primitif de ses fibres (3). Je suis bien plutôt porté à croire que l'épaississement du réservoir urinaire

---

(1) Ouvrage cité, p. 68.

(2) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*, t. II, pp. 330 et 453, et G. Simon, *Uber die Heilung der Blasenscheidenfisteln*. Giessen, 1854, p. 56.

(3) Le fait de la dilatabilité de la vessie, après l'opération de la fistule, a été contesté par quelques praticiens, entre autres par Vidal (*Pathologie externe*, t. V, p. 582). Mais cette manière de voir est contraire à l'observation générale; et l'on peut se demander si Vidal n'a pas exagéré ce qu'il a cru voir, préoccupé qu'il était de trouver des raisons pour légitimer l'oblitération du vagin qu'il allait proposer au monde chirurgical.

dépend tout simplement du tassement de ses parties constituantes, et que, si quelque changement se manifeste dans son état histologique, ce doit être plutôt dans le sens de la régression que dans celui de la progression nutritive.

L'exemple le plus extraordinaire de rétrécissement et d'atrophie de la vessie qui ait été signalé comme étant survenu à la suite d'une fistule, est celui qui est consigné dans les Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles, et dont j'ai déjà fait mention (p. 240) (1). Dans ce cas, qui a été publié par M. Max, et dont j'ai eu l'occasion de vérifier moi-même toutes les particularités par la dissection, la vessie était réduite au volume d'une grosse lentille. La fistule était urétéro-vaginale, située à l'extrémité de l'uretère gauche, et ne communiquait plus avec le rudiment vésical que par un conduit extrêmement étroit, dans lequel on ne pouvait pénétrer qu'avec un stylet très-délié. Elle débouchait dans la région médiane du vagin (dont la longueur totale, à partir du méat urinaire, était de cinq centimètres), à un centimètre et demi du col utérin, au même endroit que l'orifice postérieur du canal de l'urèthre, qui avait trois centimètres et demi. La figure qui accompagne l'observation de M. Max est inexacte en ce point, qu'elle fait communiquer l'uretère droit avec le gauche, derrière la petite ampoule vésicale, tandis qu'en réalité, le premier de ces canaux, complétement oblitéré, venait se perdre dans la partie antérieure du vagin, sans présenter aucune connexion ni avec la vésicule, ni avec le conduit réno-vésical resté libre. La femme qui a fourni cette intéressante pièce pathologique est morte de phthisie

---

(1) *Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, 1860, *Bulletin n° III*, p. 18.

à quarante et un ans, après avoir itérativement et catégoriquement déclaré que son incontinence d'urine ne s'était montrée qu'à l'âge de douze ans, à l'époque de l'établissement des règles. Malgré ces affirmations, on a émis des doutes sur l'apparition tardive, et surtout sur le mécanisme de la formation de la fistule, que M. Max explique par la fonte d'un dépôt tuberculeux, et l'on a cru pouvoir affirmer que la lésion était congénitale. Cette opinion n'est pas tout à fait sans fondement, car il n'y avait aucune trace de cicatrice à l'endroit de la fistule, et la longueur du canal de l'urèthre indiquait évidemment un vice de conformation.

La muqueuse vésicale, outre qu'elle perd une partie de ses fonctions après l'établissement de la fistule, se trouve placée plus ou moins dans un milieu et dans des rapports différents de ceux qu'elle occupe à l'état normal. Dans les petites fistules, ces changements n'ont pas une bien grande importance; mais quand l'ouverture est étendue, une bonne partie, ou même la presque totalité de la muqueuse vésicale est mise en rapport direct avec une nouvelle cavité, la cavité vaginale. Le raisonnement doit faire supposer que cette espèce de migration est de nature à engendrer de l'irritation dans le réservoir déplacé, et à provoquer ainsi la cystite et ses conséquences, la formation de muco-pus, d'ulcérations, de fongosités, de végétations hypertrophiques, etc. C'est effectivement ce qu'indiquent beaucoup d'auteurs qui ont écrit sur la matière. Mais, pour mon compte, je dois dire que j'ai rarement constaté l'existence de signes évidents de ces altérations, et que j'ai été souvent surpris de l'état d'intégrité dans lequel se trouvaient les restes de la poche urinaire, même dans d'assez grandes fistules. Je n'ai rencontré qu'une seule fois (Obs. VII) une cystite chronique bien manifeste et bien intense. L'habitude, développée d'une

manière lente et continue, modifie probablement ici le mode de sensibilité de la vessie et la rend propre à subir sans danger de nouvelles impressions, phénomène analogue à celui que l'on observe quelquefois dans d'autres organes qui sont soumis accidentellement à des changements de rapports du même genre.

Le vagin est très-souvent le siége de modifications d'une autre nature. En général, ses plis s'effacent dans le voisinage de l'orifice, et il présente, jusqu'à une distance qui varie beaucoup, une surface lisse, luisante, ayant l'aspect d'une séreuse, et qui est le résultat de la destruction des tissus propres de l'organe et de leur conversion en une couche cicatricielle recouverte d'une lame d'épithélium imparfait. En même temps la longueur de la paroi vésico-vaginale se rétrécit en raison de l'étendue de la solution de continuité qu'elle a subie et de la rétraction qui s'y est manifestée lors de la cicatrisation : de sorte que, dans les grandes pertes de substance, l'intervalle entre le méat urinaire et la lèvre antérieure du col utérin se trouve quelquefois réduit à de très-minimes proportions. Ce raccourcissement entraîne quelquefois, dans la position et dans la direction de la matrice, des changements qui consistent surtout dans l'abaissement de son col et le renversement de son fond. J'ai vu un cas (Obs. XXII) où le renversement a été tellement prononcé, qu'il a eu pour résultat de diviser la cavité de la vessie en deux loges superposées, et d'entraver ainsi d'une manière très-fâcheuse les fonctions de cet organe. Il est bon de se rappeler la possibilité de ces modifications quand on explore la poche urinaire ou qu'on y maintient des instruments; et, lorsqu'elles se manifestent, il ne faut pas s'étonner de voir que les mesures données par les observateurs pour indiquer le siége des fistules, ne se rapportent plus aux distances normales qui existent entre le point qu'elles occupent et les deux extrémités du canal vaginal.

La rétraction concentrique de la cicatrice des orifices fistuleux se faisant dans tous les sens, et par conséquent aussi dans le sens latéral, il peut arriver que les deux uretères se trouvent plus rapprochés, soit dans leur trajet entre le vagin et la vessie, soit au niveau de leurs orifices. Si la fistule est située un peu latéralement, un seul uretère peut être ramené vers la ligne médiane. Si l'orifice anormal les a entamés à leur embouchure, celle-ci, au lieu de présenter un orifice allongé, offre un pertuis cicatriciel circulaire, plus ou moins rigide et plus ou moins rétréci (Obs. XXI). Si c'est leur trajet seulement qui a été détruit, ils s'ouvrent dans le vagin ou sur les rebords de la fistule par un trou ayant à peu près les mêmes caractères; mais alors, toute la partie du canal située entre l'ouverture et les angles postérieurs du trigone vésical est ordinairement oblitérée. Si leur parcours a été, dans un point ou dans un autre, compris dans la sphère de l'inflammation qui a accompagné la formation de la fistule, ce point peut avoir perdu sa mobilité et avoir contracté des adhérences, soit avec la circonférence de l'orifice anormal, soit avec les parois vaginale et vésicale.

Le vagin est recouvert d'une couche épaisse d'épithélium stratifié, qui le rend moins sensible que beaucoup d'autres organes creux à l'action des corps étrangers, de l'urine en particulier. C'est à tort, selon moi, qu'un grand nombre de chirurgiens ont considéré la vaginite comme une des conséquences presque inévitables de la fistule, car mon observation personnelle m'a démontré qu'au contraire, cette inflammation, de même que celle du col utérin, existe assez rarement. Comme la cystite franche, je ne l'ai rencontrée que dans le cas de l'observation VII. Il est probable que beaucoup d'observateurs se seront laissé induire en erreur, ou par des idées préconçues sur les propriétés de l'urine, ou par la confusion

qu'ils auront pu faire des effets inflammatoires de l'accouchement avec ceux qui appartiennent au passage de l'urine après la fistule confirmée, ou enfin, par une induction fausse tirée des lésions réelles produites sur le tégument cutané après l'établissement de l'ouverture uro-génitale.

Ces dernières altérations, en effet, sont très-communes et frappent l'imagination des femmes et même celle du praticien, par les incommodités et les douleurs qu'elles engendrent. Mais il est souvent facile de constater qu'elles ne commencent à se montrer qu'à partir de l'endroit où apparaît la peau et où finissent les muqueuses, c'est-à-dire aux grandes lèvres et à la fourchette. En dessous de ces points, elles s'étendent dans le voisinage, partout où l'urine peut aborder et croupir : au périnée, à la marge de l'anus, aux fesses, au pli de l'aine, à la partie interne des cuisses. Toutes ces régions peuvent devenir le siége d'érythèmes, d'excoriations, d'ulcérations, d'élévations papillaires, verruqueuses, condylomateuses, qui fournissent des suintements plus ou moins abondants et quelquefois de la suppuration. Une chose digne de remarque, c'est que, chez certaines femmes, ces lésions morbides n'existent pas (Obs. I, XIX) ou existent à un très-faible degré, tandis que, chez d'autres, elles présentent une intensité extraordinaire (Obs. V, VI, VII, IX, XII, XVIII). Ces différences ne dépendent pas toujours de la grandeur relative des fistules; elles sont bien plus souvent en rapport avec le plus ou moins de précautions et de soins de propreté que prennent les patientes. Toutefois il est à supposer que les qualités de l'urine sont aussi pour beaucoup dans la manifestation ou l'absence de ces accidents; et peut-être faut-il y ajouter encore une certaine disposition de la peau à s'affecter et à s'enflammer sous l'influence du contact de corps plus ou moins irritants.

COMPLICATIONS DES FISTULES.

L'état des organes affectés de fistule et des parties voisines, au degré que je viens de dépeindre, ne peut ordinairement apporter aucune entrave au traitement de l'affection : on ne doit donc pas le considérer comme constituant une complication. Mais il arrive souvent que les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple, et qu'il se présente des changements insolites dans la texture, la position, les rapports des organes, dans la forme et l'étendue des dégâts dont ils sont atteints, lesquels sont de nature à contrarier et à compliquer l'application des ressources thérapeutiques ou chirurgicales.

La dystocie étant ordinairement la cause principale de l'établissement des fistules, et les vices du bassin constituant à leur tour une des prédispositions les plus fréquentes à la dystocie, il est naturel que ces difformités se rencontrent comme complications des pertes de substance de la paroi uro-génitale. Heureusement, il est rare que la déformation pelvienne soit portée au point de gêner l'action des moyens chirurgicaux. Néanmoins, il n'est pas impossible de la voir apporter quelquefois un certain obstacle au jeu des instruments et même à l'introduction du spéculum. C'est ce qui est arrivé dans le cas de l'observation XIV, et ce qui aurait probablement eu lieu chez la femme qui fait le sujet de l'observation XXIV, si je me fusse décidé à l'opérer. L'obésité excessive est susceptible de présenter quelquefois les mêmes inconvénients, comme on peut le constater dans les observations IV et XIII.

L'urèthre, au lieu de subir le simple rétrécissement que la suppression de ses fonctions rend tout naturel et que le rétablissement du cours ordinaire de l'urine fait facilement disparaître, contracte parfois un degré de coarctation beaucoup plus prononcé et plus tenace. Souvent alors la dimi-

nution de la lumière du canal reconnaît pour cause, non plus seulement un mouvement de retrait de ses parois, mais un travail inflammatoire suivi d'exsudations plastiques qui ont amené l'épaississement des tissus et la formation de saillies, de brides, de valvules proéminant dans l'intérieur du tube. A un degré plus élevé, l'oblitération peut même devenir complète, par suite d'adhérences contractées par les surfaces muqueuses enflammées et bourgeonnantes. Si l'on se rappelle le mécanisme de l'accouchement lorsqu'il est arrivé à ce moment où la tête vient exercer son action sur le canal uréthral, on est porté à admettre *à priori* que, de même que l'attrition, l'inflammation et tous ses résultats doivent ordinairement sévir de préférence sur la partie postérieure du tube urinaire : c'est effectivement ce que l'on observe dans la pratique. Ainsi, Jobert, sur treize cas d'oblitération, l'a trouvée onze fois siégeant au niveau du col de la vessie; deux fois seulement le conduit était atrésié jusque dans le milieu de son étendue (1). M. Simon a fait les mêmes observations (2). Quelquefois les altérations de l'urèthre sont beaucoup plus graves, et consistent dans la destruction d'une partie et même de la totalité de son étendue. Il est difficile de comprendre qu'un tel accident puisse être produit par l'accouchement, la partie antérieure du canal, comme je l'ai fait remarquer (p. 288), étant naturellement soustraite, par sa position en avant de l'arcade pubienne, aux pressions les plus fortes du fœtus contre ce cintre osseux. Aussi les auteurs qui parlent de cette espèce de lésion la rattachent-ils à des violences imprudentes exercées par des

---

(1) *Clinique du* 14 *juin* 1862, in *Gaz. des Hôpitaux*, 1862, p. 333.

(2) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, 1868, pp. 136 et suivantes, et 199 et suivantes.

mains inexpérimentées, et surtout à des manœuvres inconsidérées de sages-femmes (1). Il est probable que ce sont des causes de cette espèce qui ont produit la disparition complète de l'urèthre dans les cas observés par Schulz (2) et Saucerotte (3), et dont l'histoire est restée célèbre. Des opérations pratiquées sur la substance du canal peuvent être suivies de ce fâcheux résultat : plusieurs chirurgiens, M. Schuppert entre autres (4), ont eu à le déplorer, et moi-même je l'ai observé (Obs. XIX). Heureusement cet accident est extrêmement rare, beaucoup plus rare que l'oblitération et surtout que le rétrécissement partiels. Pour ma part, je n'ai jamais rencontré ni absence primitive, ni oblitération complète de l'urèthre, mais j'ai souvent eu affaire à de légères coarctations assez faciles à vaincre par un cathétérisme méthodique (Obs. V). — Quand ces complications existent, elles entravent non-seulement le traitement en raison de leur plus ou moins de gravité, mais elles doivent faire naître des appréhensions, à des degrés différents, bien entendu, relativement à la persistance possible de l'incontinence après l'occlusion de la fistule.

La rareté de la cystite franche accompagnant les communications uro-génitales fait qu'il se présente fort peu d'altérations de la vessie qui puissent embarrasser le traitement. Mais il n'en est pas de même du déplacement de cet organe à travers l'ouverture anormale, qui constitue une complication des plus fréquentes, et qui peut parfois gêner la manœuvre opératoire d'une manière désagréable.

---

(1) Freund, ouvr. cité, p. 62. — Simon, ouvr. cité, 1868, p. 161.

(2) Velthem, *Dissertatio de incontinentia urinæ ex partu difficili*. Halæ, 1724, p. 10.

(3) Saucerotte, *Mémoires de chirurgie*, t. II.

(4) Schuppert, ouvrage cité, p. 26.

La hernie vésicale par la fistule a naturellement une tendance plus grande à se produire à travers de grandes pertes de substance que par de petits orifices. Cependant il arrive qu'on l'observe dans des fistules étroites, tandis que de plus grandes ne la présentent pas. Ces variations dépendent probablement de différences dans l'état de flaccidité et de mobilité de la vessie; mais jusqu'aujourd'hui je n'ai pas encore pu constater directement l'influence de ces causes. Quoi qu'il en soit, le champignon vésical se montre, dans les cas les plus simples, sous la forme d'une petite lentille rouge dépassant de très-peu le pourtour fistuleux; dans les cas plus accentués, il ressemble à un gros bourgeon, dilaté au delà de l'orifice et comme étranglé à son niveau; à un plus haut degré, il remplit une bonne partie du vagin, sous l'aspect d'une masse fongueuse assez régulièrement sphérique ou ovalaire; enfin, au *summum* de la complication, il s'échappe par la vulve et forme entre les cuisses une tumeur saignante, qui s'irrite, s'excorie et s'ulcère au contact de l'air, des téguments et des impuretés du voisinage (Obs. II, V, VI, VII, VIII, XIII, XVIII, XIX, XXII). Quelquefois il se forme un double bourrelet (Obs. XIII). Dans tous les cas, la présence de cette espèce de tampon devient gênante pour l'exploration des fistules et surtout pour l'exécution des différents temps de l'opération, par la raison que sa réduction, ordinairement assez facile à exécuter, est, au contraire, assez difficile à maintenir dans certaines positions de la femme.

La force qui sollicite la vessie à s'engager dans les orifices accidentels de la cloison vésico-vaginale ne peut être que la pression des viscères abdominaux sur la face péritonéale de l'organe. Or, cette force s'exerce sur toute l'épaisseur de la vessie. On pourrait croire, d'après cela, que sa paroi tout entière doit s'engager dans l'ouverture : mais il faut considérer que la tunique musculaire de la poche urinaire

se resserre et se condense plutôt qu'elle ne se plisse, tandis que le contraire existe pour la muqueuse, ce qui fait que, dans les petites fistules, celle-ci peut s'insinuer isolément et entrer seule dans la composition de la hernie. Généralement les auteurs (1) considèrent le mécanisme de la formation du bourrelet vésical comme se produisant toujours de cette manière. D'après mes observations, il peut cependant arriver, dans les fistules d'une certaine grandeur, que toutes les couches du viscère se précipitent dans le vagin et viennent y former une poche, dont la perforation, si jamais on venait à la pratiquer, conduirait ainsi directement dans la cavité péritonéale. — Dans les deux cas, la partie herniée, plus ou moins étranglée à l'endroit de l'ouverture fistuleuse, devient ordinairement le siége d'une stase sanguine qui la rend susceptible de donner des hémorrhagies au moindre contact un peu rude, et surtout à la suite de diérèses plus profondes produites, soit par mégarde, soit, comme on l'a conseillé fort abusivement, dans un but curatif.

Il est tout à fait insolite d'observer, comme complications des fistules, des adhérences des différents points de la paroi interne de la vessie. La raison de cette rareté consiste en ce que les lésions qui semblent pouvoir seules les déterminer, c'est-à-dire l'écrasement simultané de deux surfaces opposées du viscère, provoquent presque toujours un épanchement urinaire dans le péritoine, et par conséquent la mort. Cependant on peut imaginer des circonstances qui rendent possibles, sans ouverture concomitante du péritoine, des

---

(1) W.-J. Schmitt, in A.-E. Siebold's *Journal für Frauenzimmer-Krankheiten*, t. VII, p. 34. — Deyber, ouvrage cité, p. 29. — Fabre, *Bibliothèque du médecin-praticien*, t. I, p. 145. — Jobert de Lamballe, *Traité de chirurgie plastique*, t. II, p. 328. — Freund, ouvrage cité, p. 71.

mortifications situées en face l'une de l'autre, et suivies de plaies dont la cicatrisation se fait par soudure réciproque. C'est ce qui peut avoir lieu, par exemple, quand la vessie est surprise par les agents de compression au moment de sa réplétion, alors qu'elle a fortement refoulé le péritoine vers la région hypogastrique, ou bien après que la paroi antéro-inférieure en a été poussée sous l'arcade pubienne par un mouvement de glissement exécuté en dessous de la séreuse abdominale. J'ai observé un cas, peut-être unique en son genre (Obs. XX), où l'adhérence des parois vésicales s'est faite d'une manière bien étrange, et en dehors des accidents qui peuvent accompagner l'accouchement ordinaire. Chez la femme qui m'a fourni le sujet de cette observation, l'adhérence a eu lieu par suite de la compression exercée immédiatement sur la paroi interne de la vessie par un fœtus de trois à quatre mois qui y avait été poussé par la matrice : celle-ci s'était débarrassée de son contenu dans cette direction, par suite de l'inclinaison que lui avait fait subir une occlusion incomplète de son col, provoquée, à une époque antérieure, pour opérer la guérison d'une fistule vésicale cervico-utérine profonde. — Lorsque, par n'importe quelle cause, les parois internes de la vessie se sont soudées, la cavité de l'organe se trouve partagée en différentes loges communiquant entre elles, comme dans l'observation rapportée par Jobert (1), ou bien les surfaces vésicales réunies sont en même temps adhérentes aux os voisins, surtout à l'arcade pubienne, comme dans quelques fistules dont l'histoire est rapportée dans l'ouvrage de M. G. Simon (2). On comprend toutes les difficultés et même

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 321.

(2) G. Simon, *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln*, etc., 1862. Obs. XV et XIX, pp. 113 et 117.

les dangers que de pareilles lésions peuvent introduire dans le traitement chirurgical.

Une complication assez fâcheuse des fistules, c'est l'irrégularité de leurs bords, déterminée par des nodosités, des brides, des végétations, des fissures plus ou moins profondes, des espèces de lanières qui les traversent. Toutes ces particularités, qui sont le résultat d'une cicatrisation vicieuse ou d'un développement hypertrophique, peuvent compliquer singulièrement l'avivement, rendre fort pénible l'introduction des aiguilles, et même apporter jusqu'à un certain point des obstacles à l'affrontement régulier des lèvres de la plaie. On trouve de nombreux exemples de ces complications dans les différents cas décrits dans mes observations (Obs. II, VI, XI, XV, XVIII, XX, XXIII).

Autrefois on considérait l'ouverture des uretères sur le pourtour de la fistule comme une complication tellement fâcheuse, qu'elle devait rendre l'opération inutile et nécessairement infructueuse. Dans ces derniers temps, on est revenu de ces craintes, qui sont effectivement exagérées. Jobert et M. G. Simon ont beaucoup contribué à rassurer les chirurgiens à cet égard. Toutefois, s'il est vrai qu'il est presque toujours possible, comme dans l'observation XIX, d'éviter de comprendre dans la suture les orifices urétéraux ouverts sur les bords de l'ouverture anormale, il peut aussi se faire que des déplacements, des adhérences insolites, des rétrécissements de ces conduits rendent l'opération très-délicate et en compromettent jusqu'à un certain point le succès (Obs. XXI).

Lorsque, pendant l'accouchement, le conduit vulvo-utérin a été tellement endommagé que la région de la fistule n'a pas été seule atteinte, mais que d'autres portions de ce conduit l'ont été également, l'examen de la fistule et l'application des différents moyens de traitement deviennent souvent très-difficiles. Dans ces circonstances, tout

un segment de la circonférence de l'organe et parfois la circonférence tout entière ont été mortifiés ou détachés du col utérin sans que la vessie et le rectum aient été compris dans la lésion; on cite même des accouchements où presque toute l'étendue du vagin a pu être ainsi détruite par l'attrition désorganisatrice. Quelquefois la formation des eschares n'est que secondaire et résulte d'une violente élytrite puerpérale. Dans tous les cas, le retrait du tissu inodulaire détermine la formation de brides plus ou moins saillantes, d'anneaux cicatriciels, d'élytrosténoses qui peuvent rendre l'accès des fistules fort difficile et gêner considérablement les manœuvres opératoires. J'ai vu une fois, chez une femme qui portait une fistule recto-vésicale près de la fosse naviculaire, le vagin réduit à un petit conduit pouvant à peine admettre une sonde de femme, et conduisant dans un cul-de-sac situé à deux centimètres seulement de hauteur. M. Freund (1) parle d'une femme qui était en même temps affectée d'une fistule uréthro-vaginale et de deux rétrécissements du vagin situés l'un au-dessus de l'autre, à la manière de deux espèces de diaphragmes; entre ces diaphragmes, dont l'ouverture était aussi très-étroite, se trouvait une seconde fistule vésico-vaginale, et, au-delà de la seconde cloison, un troisième orifice conduisant de la vessie dans le col utérin.

Le col de la matrice peut être dévié par suite d'adhérences pathologiques; il présente quelquefois une hypertrophie ou un effacement complet de ses lèvres; dans des cas plus rares, il est complétement oblitéré (Obs. XIII, XV, XXI), et, quoi qu'en ait dit Jobert (2), cette oblitération peut se faire sans que le vagin soit en même temps le siége de

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 63.

(2) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 317.

lésions notables. Au point de vue des phénomènes locaux et généraux, ces complications peuvent avoir certaines conséquences qu'il ne faut pas négliger; mais il est rare qu'elles soient une cause de grands embarras dans l'usage des procédés opératoires. Leur étiologie est à peu près la même que celle des déformations et des occlusions partielles ou complètes du vagin, c'est-à-dire qu'elles succèdent à des écrasements plus ou moins étendus du col, et même quelquefois à un décollement, sous la forme d'une rondelle, de toute la portion vaginale de cet organe (1).

Une complication beaucoup plus commune consiste dans des adhérences de la circonférence de la fistule avec les os du bassin. Certains auteurs ont affirmé que ces connexions se font aussi bien au niveau des parois latérales du bassin que vers le pubis. Le mécanisme de la formation des fistules que j'ai décrit plus haut indique effectivement que la chose est possible; mais il démontre aussi que les adhérences au pubis, et surtout à son arcade, doivent être les plus fréquentes. Pour mon compte, ce sont celles que j'ai le plus souvent observées (Obs. V, XII, XVIII, XIX, XXIV). Trois fois (Obs. IX, XXI, XXII) j'ai rencontré des adhérences aux parois de l'excavation pelvienne. Le mode de formation de ces attaches morbides ne peut se comprendre qu'en admettant que la compression a été assez forte pour détruire ou du moins pour endommager fortement le périoste en même temps que les parois uro-génitales, et qu'il en est résulté la suppuration de cette membrane, suivie de l'apparition d'une surface inodulaire qui s'est ensuite confondue avec les bourgeons voisins. Les inconvénients que cette complication apporte avec elle sont nombreux : elle force l'opéra-

---

(1) Stoltz, *Mémoire sur les perforations du col de l'utérus*, etc. Strasbourg.

teur à user avec une grande parcimonie de la matière à avivement; elle rend souvent celui-ci très-difficile; elle ôte toute liberté dans le choix de la direction de la ligne de réunion; elle expose à manœuvrer à proximité de vaisseaux plus ou moins volumineux; et elle oppose quelquefois des difficultés presque insurmontables au passage des aiguilles et des fils.

On rencontre encore, dans certaines fistules, des adhérences d'une autre espèce. Quand, à la suite de l'accouchement, il survient une péritonite, ou simplement une péri-métrite, ces affections peuvent se terminer par la formation d'adhésions anormales, qui, tout en constituant un moyen de guérison, comme on peut en voir un exemple remarquable dans l'observation XXIV, changent en même temps les conditions des organes au point de nuire à l'exécution et à l'efficacité des manœuvres chirurgicales. Mais le plus souvent, à l'orage suscité par le processus inflammatoire succède une exsudation plastique abondante, dont les modifications successives aboutissent à un épaississement hypertrophique avec induration du tissu connectif sous-péritonéal de l'excavation pelvienne. C'est encore là une terminaison heureuse, si on la compare aux dangers auxquels exposait la maladie initiale; cependant, au point de vue de la thérapeutique de la fistule, elle devient souvent la source de grands embarras et même des dangers sérieux. Les ligaments larges, la matrice, la vessie et le rectum forment alors un tout dont les différentes parties se meuvent beaucoup plus difficilement l'une sur l'autre que dans l'état normal; l'abaissement de l'utérus, le rapprochement des bords de la fistule, surtout quand elle offre une certaine étendue, sont rendus plus difficiles; les déplacements accidentels des organes réagissent avec plus de force sur les parties réunies, dont l'indépendance est ainsi fortement compromise; le poids des viscères, qui est augmenté, exerce une fâcheuse influence sur les suites de

l'opération; enfin, il peut se présenter un autre accident beaucoup plus grave : c'est la disposition des parois de la vessie, devenues rigides et peu extensibles, à se laisser perforer par le bec de la sonde maintenue en permanence pendant le cathétérisme consécutif. On peut voir un exemple de la possibilité de ce résultat funeste dans une communication que j'ai faite à l'Académie de Médecine, en 1862 (1).

Autant est fréquente la vaginite aiguë qui suit immédiatement les lésions produites par l'accouchement, autant est rare, comme je l'ai dit, l'inflammation chronique du vagin résultant du contact de l'urine. Si cette dernière affection se produisait, elle exigerait évidemment certaines médications préparatoires; mais, si on ne parvenait pas à s'en rendre maître, elle ne serait pas de nature à contre-indiquer absolument les opérations ou à les rendre impossibles. On en a la preuve dans l'observation VII. Il en est de même des cystocèles, qui peuvent bien gêner plus ou moins, mais jamais arrêter un opérateur habile; et j'en dirai autant des calculs urinaires vaginaux. A propos de ceux-ci, je ferai remarquer qu'en général ils n'ont de tendance à se former que lorsque se trouvent réunies deux conditions consistant dans une composition chimique particulière de l'urine et dans un obstacle quelconque à l'écoulement libre de ce liquide par le vagin : les rétrécissements de cet organe, la présence de corps étrangers dans sa cavité sont donc des causes prédisposantes à leur apparition. C'était le cas de la fameuse observation de J.-L. Petit, rapportée par Jobert (2), où une oblitération presque complète du

---

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 2me série, t. V, n° 1.

(2) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 313.

vagin avait déterminé dans ce canal la formation d'une pierre de la grosseur d'un œuf. M. Simon rapporte des faits qu'on peut rattacher au même genre de causes (1). Lorsque j'ai rencontré de ces concrétions (Obs. XI), elles s'étaient formées sur des fils métalliques laissés dans le vagin; la femme qui fait le sujet de l'observation XIX en a présenté autour d'un pessaire maintenu dans l'intérieur de ce conduit après la formation de la fistule. Autour de la vulve, les incrustations lithiques sont assez fréquentes sur les poils de cette région, où elles forment quelquefois, chez les femmes peu soigneuses, des espèces de productions stalactiformes; mais il est inutile de dire que ces concrétions ne peuvent contrecarrer en rien le traitement de l'affection principale.

Les végétations dans le vagin et à son entrée sont des productions morbides qui doivent être peu fréquentes, puisque je n'en ai jamais rencontré dans ma pratique. A coup sûr, il est peu de praticiens de nos jours qui aient observé des carnosités comparables à celles décrites par Henri Van Heer (2), et il faut que la femme qui les portait ait été d'une malpropreté sordide ou ait présenté quelque complication non reconnue, pour qu'elles aient acquis un volume tel que deux mains pouvaient à peine les embrasser. En supposant du reste que cette complication existe et qu'aucune production hétéromorphe ne vienne rendre ces tumeurs inopérables, elles ne constitueraient qu'un simple désagrément, et n'entraîneraient d'autres conséquences que la nécessité d'une résection préalable, analogue à celle que Van Heer a pratiquée lui-même dans le cas que je viens de mentionner.

---

(1) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, 1868, p. 238.

(2) Velthem, ouvrage cité, p. 8.

La multiplicité des fistules, dans le cas où les ouvertures sont placées à proximité l'une de l'autre, ne doit pas être considérée comme une complication, attendu que l'art est parvenu à en obtenir l'oblitération simultanée avec presque autant de facilité que lorsqu'il s'agit d'une perte de substance unique. Mais il n'en est pas de même de ces lésions compliquées où la paroi uro-génitale est attaquée dans plusieurs endroits situés à de telles distances qu'il est impossible de les embrasser dans les limites où doit se restreindre une opération prudente et réservée. Le moindre inconvénient qui puisse résulter d'une semblable disposition, c'est l'augmentation de la difficulté de l'application des moyens chirurgicaux; et ce qui est plus sérieux, c'est l'obligation où elle met souvent le praticien de répéter à différentes reprises les manœuvres opératoires, et de prolonger ainsi la durée du traitement au point d'épuiser une partie de la patience et des forces de la malade. C'est surtout lorsque les fistules multiples siégent dans des régions où les procédés chirurgicaux doivent différer, comme, par exemple, au col de la vessie, à l'urctère, au museau de tanche, que la simplicité et l'innocuité ordinaires du traitement disparaissent pour faire place à des indications beaucoup plus graves et plus embarrassantes.

La grande étendue des fistules, grâce aux perfectionnements modernes des méthodes opératoires, n'exclue pas toujours la facilité et la rapidité de leur guérison; mais c'est à la condition que la perte de substance n'empiète pas sur des organes dont les fonctions sont essentielles à la rétention de l'urine. Il est évident que si l'ouverture de la paroi uro-génitale s'étendait jusqu'au col de la vessie, et surtout si elle avait envahi une bonne partie ou la totalité du canal de l'urèthre, le chirurgien se trouverait, au contraire, en présence d'une des plus fâcheuses

conditions d'insuccès qu'il soit possible de rencontrer dans la pratique.

La fistule recto-vaginale, quand elle accompagne la fistule vésico-vaginale, constitue toujours une véritable complication : car, si l'on attaque les deux ouvertures à la fois, l'opération en est rendue beaucoup plus longue, plus douloureuse et moins bénigne; si, au contraire, on les traite successivement, la présence, sur les surfaces opérées, des urines d'un côté et des matières fécales de l'autre, peut tout au moins contrarier la cicatrisation, bien qu'elle n'ait pas assez de puissance pour l'empêcher d'une manière absolue. Il en est de même de la rupture du périnée, quand elle s'étend fort loin dans le rectum; mais les ruptures superficielles, loin de devoir être regardées comme une complication, peuvent, au contraire, rendre les explorations et les manœuvres chirurgicales plus faciles et plus commodes.

Je ne parlerai pas de la chute du rectum ni de la constipation opiniâtre, que certains chirurgiens ont rangées parmi les complications, parce que l'art possède des moyens certains de remédier aux inconvénients dont elles peuvent être la cause, et de les empêcher de nuire en quoi que ce soit à la liberté des mouvements de l'opérateur.

CHAPITRE V.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les symptômes des fistules doivent être rapportés à deux groupes parfaitement distincts comprenant : le premier, ceux qui accompagnent les fistules en voie de formation; le second, ceux qui appartiennent aux fistules établies et confirmées.

SYMPTÔMES DES FISTULES EN VOIE DE FORMATION.

Lorsque l'ouverture uro-génitale est formée d'emblée par un instrument tranchant, piquant, ou par déchirure ou arrachement, les phénomènes qui caractérisent la lésion sont des plus simples : ils se résument dans une hémorrhagie plus ou moins forte et dans une perte immédiate d'urine par le vagin. Mais quand la perforation est produite par contusion ou par écrasement, un travail de suppuration ou d'élimination s'interpose, comme je l'ai fait

observer, entre le moment où les lésions primitives ont été effectuées et celui où a lieu l'établissement définitif de la communication uro-génitale.

Si la suppuration doit s'établir, la fièvre s'allume, le vagin devient douloureux, sa paroi antérieure se tuméfie, la miction devient de plus en plus pénible, jusqu'à ce qu'enfin le processus se termine par l'issue simultanée du pus et de l'urine. Si l'attrition des tissus a donné lieu à la formation d'une eschare qui doit s'éliminer, la partie qui en est le siége perd d'abord sa sensibilité, et l'application du doigt ou des instruments n'y est plus perçue; mais bientôt ses environs se gonflent et deviennent douloureux, et ces accidents ne diminuent que lorsque la séparation de la portion mortifiée commence à s'effectuer. Une suppuration plus ou moins abondante s'écoule alors dans le vagin, et l'incontinence d'urine ne tarde pas à apparaître. Quelquefois l'écoulement du liquide n'a été précédé d'aucun symptôme précurseur, et il survient brusquement sans que rien ait pu faire pressentir la catastrophe.

Pendant que s'opère le travail préparatoire à l'établissement de la fistule, la miction continue parfois à se faire d'une manière normale, ou du moins sans être accompagnée d'aucune incommodité assez notable pour attirer l'attention de la malade. Mais d'autres fois la rétention des urines devient complète, soit immédiatement après l'accouchement, soit très-peu de temps après. Plusieurs causes me paraissent pouvoir intervenir dans la production de cet accident : d'abord l'état de stupeur de la vessie, frappée d'inertie à la suite des lésions qu'elle a subies; en même temps la contusion de la partie postérieure du canal de l'urèthre, dont la cavité peut avoir été rétrécie par le boursouflement résultant de l'épanchement sanguin; puis, lorsque les phénomènes inflammatoires se sont déclarés, la douleur

qui survient à chaque contraction de la vessie, et l'augmentation du gonflement du col vésical et du canal de l'urèthre, qui peut aller jusqu'à oblitérer momentanément ces organes d'une manière presque hermétique. On peut voir, dans l'observation XII, une suite de perturbations bien remarquables dans l'émission de l'urine : il y eut d'abord une rétention, due probablement à la compression du col vésical par une partie de l'enfant, et qui persista pendant les cinq jours qui précédèrent l'accouchement; après celui-ci, la rétention cessa pour reparaître la nuit suivante, accompagnée d'un écoulement par regorgement, goutte à goutte; trois jours après, la rétention redevint complète, provoqua de la fièvre et des douleurs vésicales, et ce n'est qu'après avoir duré quinze jours qu'elle cessa complétement pour faire place à un écoulement continu dans le vagin. L'observation XIII nous fournit encore un exemple de cette espèce de rétention.

L'époque à laquelle se montre l'urine varie beaucoup chez les femmes dont les fistules sont la suite de la suppuration ou de la gangrène. Cela dépend de ce que l'abcès met plus ou moins de temps à se former ou à s'ouvrir, et de ce que les eschares, suivant les différents degrés d'attrition, suivant qu'elles ont été faites d'emblée ou qu'elles se sont produites consécutivement, suivant l'activité du travail éliminateur, se détachent à des époques différentes. Il y a aussi des gangrènes à la suite desquelles le moment de l'apparition de l'urine dans le vagin est tellement rapproché de celui de l'accouchement, qu'il n'est guère possible d'attribuer l'écoulement à un commencement de décollement de la circonférence de l'eschare, et qu'il faut admettre que le liquide a passé à travers une partie plus amincie, plus molle, ou plus lacérée de sa substance même. On pourra juger des différences qu'il y a dans la première manifestation de l'incontinence en

jetant un coup d'œil sur celles de mes observations où cette circonstance a été notée :

L'urine s'est écoulée par le vagin :

Dans huit cas, immédiatement après la délivrance.	— Obs. III, IX, XI, XIV, XV, XVI, XVIII, XXIII;
Dans un, deux jours après.	— Obs. V;
Dans cinq, trois ou quatre jours après .	— Obs. VI, VII, XIII, XVII, XXI;
Dans un, cinq jours après	— Obs. X;
Dans un, huit jours après	— Obs. XX;
Dans un, neuf jours après	— Obs. XXII;
Dans trois, quinze jours après	— Obs. I, VIII, XII.

SYMPTÔMES DES FISTULES CONFIRMÉES.

Le symptôme le plus essentiel, le plus caractéristique, le plus incommode des fistules définitivement établies, celui dont la gravité domine pour ainsi dire tous les autres, c'est sans contredit l'écoulement de l'urine dans le vagin. Cet écoulement, dont il est inutile d'expliquer le mécanisme, est sujet à varier beaucoup sous le rapport, tant de son mode de manifestation que des circonstances qui peuvent le modifier ou le supprimer, et des phénomènes qui l'accompagnent. Ainsi, tantôt il est continu, tantôt il est intermittent; dans telle fistule il se manifeste ou augmente dans une position donnée, dans telle autre il diminue dans cette même position; quelquefois l'écoulement, ou continu ou intermittent, s'accompagne de la faculté de retenir une certaine quantité de liquide, et même de celle d'en expulser encore un peu par le canal de l'urèthre; d'autres fois, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment, l'évacuation par ce canal est complétement supprimée; dans certaines circonstances, l'action de pousser pour uriner est accompagnée de vives douleurs, tandis que le plus souvent le besoin de la miction n'existe même pas; enfin, dans certains cas rares,

il peut se produire, pendant la sortie de l'urine et à des moments déterminés, un bruit particulier provenant du mélange de gaz avec le liquide vésical.

Toutes ces différences dans l'expression du symptôme essentiel de la maladie dépendent, ou de l'étendue de la fistule, ou de sa position, ou de sa forme, ou de quelque particularité de configuration des parties voisines, ou d'un déplacement viscéral, ou enfin, et tout à fait exceptionnellement, d'une disposition particulière du bassin, du vagin ou de la vulve.

Ainsi, si la fistule est assez étendue pour occuper presque toute la paroi vésicale postéro-inférieure, il y a incontinence absolue dans toutes les positions possibles, et le besoin de la miction est complétement aboli. Dans certaines lésions de ce genre, et même dans des pertes de substance moins grandes, on voit quelquefois à nu, sur les bords latéraux de la solution de continuité, les orifices des uretères versant leur contenu dans le vagin, et l'on peut constater directement la manière dont l'urine sort de ces conduits pour arriver dans le cloaque vaginal. C'est le cas des observations XIX et XXI, où je reconnus fort distinctement que l'émission du liquide par l'orifice de l'uretère se faisait, non pas goutte à goutte, comme le disent la plupart des physiologistes, mais bien par saccades et comme sous l'impulsion d'une contraction intermittente, ainsi que l'a fort bien fait remarquer Béraud (1).

Quand la fistule est moins vaste, tout en présentant encore un diamètre de trois à quatre centimètres environ, et qu'elle se trouve placée à la partie postérieure du vagin, comme, par exemple, dans les observations VII et XI, l'écou-

---

(1) M. J.-B. Béraud, *Manuel de Physiologie de l'homme et des principaux vertébrés*. Paris, 1853, p. 242.

lement urinaire se fait encore d'une manière continue dans la cavité vaginale.

Lorsque la position de l'ouverture est telle que le bas-fond de la vessie est perforé dans sa partie la plus déclive, la perte non interrompue du liquide est encore la règle. Toutefois la disposition particulière de l'orifice, et surtout son étendue, peuvent déterminer quelques modifications dans la manifestation du phénomène : c'est ainsi que, dans l'observation VIII, où la perte de substance était assez grande pour admettre deux doigts, il y avait un écoulement continuel de l'urine; tandis que, dans l'observation IX, où le trou ne pouvait recevoir qu'un doigt, une certaine quantité de liquide était encore retenue dans la vessie, ce que prouvait une nappe qui s'écoulait quand on écartait les bords de la fistule : de sorte que l'incontinence, complète et constante à la vérité, se faisait cependant par une espèce de regorgement, comme dans certaines rétentions ordinaires.

Lorsque la fistule, d'une dimension médiocre, siége au-devant du col utérin, et qu'aucune circonstance exceptionnelle de forme ou de rapports avec les parties voisines ne l'accompagne, le liquide urinaire peut ordinairement être retenu pendant un certain temps, surtout dans la position debout; dans la position couchée, au contraire, l'urine s'écoule presque toujours sans interruption dans le vagin; le besoin et la faculté d'uriner volontairement peuvent en même temps être conservés dans une certaine mesure. C'est ce qu'on voit dans l'observation VI, où l'accumulation du liquide était du reste facile à démontrer par le large jet que procurait l'écartement artificiel des bords fistulaires. Les observations I et XI peuvent encore servir d'exemples de ces conditions, quoique les cas qu'elles retracent aient été marqués par des particularités qui ont un peu diminué la simplicité du mode d'écoulement.

Dans les cas où le siége de l'orifice anormal se trouve au niveau du col vésical et de la portion voisine de l'urèthre, la femme peut généralement retenir assez longtemps son urine dans les positions assise et couchée; mais elle la perd quand elle se lève, et surtout quand elle marche. Souvent la faculté d'uriner volontairement est conservée, mais avec des modifications de régularité et de direction du jet qui rendent l'excrétion désagréable et irrégulière. On peut vérifier l'exactitude de ces données dans l'observation II, dans l'observation XII, où il est dit que souvent la femme ne perdait ses urines qu'après les avoir évacuées par le canal, et dans l'observation XVIII, où la malade ne pouvait, il est vrai, retenir le liquide que pendant un temps très-court, à cause, non des dispositions de la lésion, mais d'une irritabilité excessive de la poche vésicale.

On observe quelquefois des fistules tellement petites, qu'elles ne donnent passage à l'urine qu'accidentellement, dans des positions qui portent la colonne de liquide vers l'endroit qu'elles occupent, ou quand un violent effort de miction vient à se produire : c'est ce qui a existé pour deux pertuis découverts après la seconde opération pratiquée à la patiente qui fait le sujet de l'observation XVIII, et pour une fistule de deux à trois millimètres restée après la première opération de l'observation XI. D'autres fois, les fistules, au lieu de constituer de simples ouvertures, forment de véritables canaux, dont le trajet sinueux s'ouvre dans la vessie par un orifice garni ou non d'une espèce de valvule; dans ces cas, on conçoit que l'écoulement de l'urine subisse des empêchements qui rendent l'infirmité moins pénible et moins continue. Les observations XI, XVI et XVIII fournissent des spécimens qui se rattachent plus ou moins à cette catégorie.

Un mode particulier d'écoulement du liquide urinaire dans le vagin est celui qui se produit quand une fistule

urétérine vient y déboucher, soit directement, soit par l'intermédiaire de la cavité du col utérin. Outre les jets intermittents que j'ai signalés et qui proviennent de l'uretère intéressé, il y a alors un écoulement continuel de liquide dans le vagin émanant de la même source. Mais comme l'autre uretère continue à verser son urine dans une vessie intacte, ou à peu près, cet écoulement se combine avec la faculté d'en retenir une quantité plus ou moins grande, avec la sensation, parfaitement conservée, du besoin de l'évacuer, et avec la possibilité d'exécuter naturellement l'acte de la miction. Tandis que, dans les fistules vésico-génitales, l'effusion de l'urine dans le vagin ne se fait que lorsque, par une cause ou par une autre, son niveau vient à dépasser dans la poche vésicale celui du pourtour de la fistule, l'absence de tout réservoir fait qu'ici l'humectation du conduit utéro-vulvaire n'est sujette à aucune interruption et ne peut changer d'après les mouvements et les attitudes de la femme. M. Freund (1) a surtout insisté sur ce mode d'incontinence, qui peut donner l'éveil sur la nature de la fistule. Naturellement, ces caractères spéciaux deviennent moins faciles à apprécier lorsque l'ouverture urétérine est compliquée d'une fistule vésico-vaginale, par la raison que les symptômes propres aux deux affections se confondent et qu'il faut un examen direct très-attentif pour discerner ceux qui appartiennent à chacune d'elles.

Tout ce que je viens de dire se rapporte aux caractères symptomatiques des fistules envisagées d'une manière absolue, indépendamment des influences que les parties voisines peuvent exercer sur l'écoulement auquel elles livrent passage. Mais il faut souvent tenir compte de ces éléments accessoires pour se faire une juste idée de cer-

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 109.

taines modifications aux règles générales, et même de certaines bizarreries, qui, sans l'explication qu'on peut tirer de ces données, sembleraient incompréhensibles. Par exemple, il peut se faire qu'une fistule, située au-devant du col utérin, et pas trop grande, soit oblitérée momentanément par la descente et la pression du museau de tanche sur son pourtour, et qu'alors il se produise une rétention beaucoup plus parfaite, plus prolongée et se manifestant dans des moments différents, que lorsque les choses se passent de la manière ordinaire. C'est à cause d'une semblable disposition que l'on voit, dans l'observation I, la femme pouvoir retenir son urine pendant cinq ou six heures, moyennant un certain effort qu'elle était parvenue à exécuter pour ainsi dire instinctivement, et que l'inspection directe au moyen du spéculum démontrait avoir pour résultat l'abaissement du col et son application exacte contre l'orifice fistuleux. — D'autres fois, c'est une portion de cystocèle vaginale, ou l'abaissement d'un col utérin hypertrophié entraînant avec lui une plus ou moins grande étendue du vagin, qui peut amener une occlusion temporaire. Ainsi, je ne doute pas que si la femme qui fait le sujet de l'observation XVIII eût été plus intelligente, plus raisonnable et moins irritable, elle eût pu profiter de l'hypertrophie du col de sa matrice et de la procidence du vagin qui existait chez elle à un haut degré, pour arrêter, quand elle l'eût voulu, la perte de l'urine par la perforation dont était affecté son col vésical.

On pourrait croire que le tampon formé par la hernie vésicale à travers la fistule doit avoir pour effet de supprimer, de diminuer, ou au moins de modifier notablement l'hydraulique vésicale; mais il s'en faut que son influence, sous ce rapport, soit aussi grande que son application hermétique contre les bords de l'ouverture semblerait devoir le faire admettre. Il est probable que les rapports de la partie

herniée et de l'orifice ne se maintiennent pas toujours dans les conditions où on les observe ordinairement quand on explore le vagin, car je n'ai pas remarqué que le tampon vésical apportât aucun changement bien évident à l'espèce d'écoulement urinaire propre aux différentes fistules. On peut se convaincre, en parcourant la série de mes observations, qu'il en est réellement ainsi. Il y a des raisons de croire que c'est de bas en haut, du vagin vers la vessie, et non de haut en bas, de la vessie vers le vagin, qu'un bouchon obturateur devrait agir pour pouvoir jouir de quelque efficacité comme agent de rétention.

Je crois avoir rencontré dans les considérations précédentes les principaux facteurs susceptibles de déterminer des variations dans l'incontinence d'urine qui accompagne les fistules vésico-vaginales. Mais évidemment ces considérations n'ont de valeur que pour autant qu'elles se rapportent au passage du liquide des voies urinaires dans le vagin proprement dit. Autre chose est l'arrivée de l'urine dans le conduit vulvo-utérin, et autre chose son expulsion au dehors par la vulve; et il est facile de prévoir qu'en traversant la filière qu'elle doit parcourir depuis sa sortie de la vessie jusqu'à son apparition à l'extérieur, elle pourra rencontrer des obstacles, des dispositions organiques particulières qui seront de nature à influer sur le moment et le mode de cette apparition.

Supposons que l'urine tombe dans un vagin large, communiquant librement avec les parties génitales externes par un orifice très-dilaté, elle se montrera à la vulve au même instant ou du moins immédiatement après le moment où elle aura apparu dans le conduit vaginal. Seulement, et toutes choses égales d'ailleurs, il y aura, comme cela se fait pour les règles, les fleurs blanches, les lochies, etc., une augmentation momentanée d'écoulement lorsque la femme se lèvera ou marchera après avoir été assise ou

couchée. Mais si un rétrécissement existe au fond du vestibule ou un peu plus haut, si une tumeur quelconque s'est établie en ces endroits, si une déformation naturelle ou accidentelle des os ou des parties molles a fortement comprimé l'une contre l'autre les parois de ces régions, si les organes sont tellement disposés que certaines attitudes de la femme déterminent cette compression, il est évident que la coïncidence entre l'écoulement vésico-vaginal et l'écoulement vagino-vulvaire cessera d'exister. Dès lors, l'apparition de l'urine à l'extérieur ne sera plus déterminée par son passage à travers la fistule, mais par toutes les causes qui favoriseront l'ouverture de l'entrée du vagin. C'est pour ces raisons que l'on voit, dans l'observation XIII, une fistule située près du col utérin être accompagnée de perte d'urine pendant la station et la marche, et, au contraire, de rétention momentanée pendant la position assise. En effet, la femme avait la paroi vaginale antérieure fortement appuyée contre la postérieure, et l'orifice vaginal tellement étroit que l'introduction du spéculum en était rendue difficile : deux dispositions qui devenaient probablement plus prononcées, surtout la dernière, par la pression des cuisses et des fesses pendant la position assise. C'est aussi pour un motif analogue que, dans l'observation XIV, une fistule ayant pour siége le voisinage du col de la matrice permettait à la patiente de conserver un certain temps ses urines dans la position couchée; mais ici c'était par suite d'une angustie pelvienne considérable, fortement accentuée surtout au détroit inférieur, au point de changer la direction normale du vagin, et de lui donner, pour ainsi dire, dans la position sur le dos, la forme d'une cornue dont le fond aurait été représenté par son cul-de-sac utérin, et le goulot par son orifice vulvaire aplati et rétréci.

La possibilité, dans certains cas de fistule, de conserver la faculté d'uriner encore par le canal de l'urèthre, est quel-

quefois accompagnée de douleurs vives, se montrant au moment de satisfaire au besoin. Il est assez difficile de se rendre compte d'un tel symptôme si le canal de l'urèthre ni la vessie ne sont pas irrités, car il semble irrationnel d'admettre que la poche urinaire doive se livrer à plus d'efforts pour évacuer son contenu quand elle a deux orifices que lorsqu'elle n'en possède qu'un. Cependant la chose se comprend dans certaines circonstances peu communes : ainsi, dans le cas de l'observation XI, les douleurs semblaient provenir de l'incrustation d'un calcul dans le col de la matrice et de la présence de la fistule dans le voisinage de cet organe, et il est probable que, pendant les efforts de miction, la pierre venait heurter le pourtour de l'orifice anormal et y produire les effets des concrétions urinaires sur le col de la vessie lors de la contraction de ce viscère.

Le singulier phénomène que j'ai nommé *rot vésical* n'a pas encore, à ce que je crois, été décrit dans les ouvrages de pathologie. Jusqu'aujourd'hui je ne l'ai observé que lorsque la fistule est située au col de la vessie, ce qui semble devoir faire supposer que, pour qu'il se produise, il faut que l'orifice soit à la portée de la colonne d'air extérieur. Si, comme cela est vraisemblable, ce bruit est le résultat de la succion de l'air par la poche urinaire à l'occasion d'un vide formé dans la cavité de cet organe, cette supposition est légitime, car on sait que, dans les conditions ordinaires, l'air ne pénètre pas dans le vagin, et qu'il faut, pour qu'il puisse y entrer, qu'une attitude forcée ou une dilatation artificielle, comme, par exemple, celle qui se produit avec le spéculum, en ait déterminé l'introduction. L'observation XII rend compte d'un cas d'expulsion d'éléments gazeux par une fistule vésico-uréthro-vaginale; et, quoique le fait ne soit pas spécifié dans l'observation XVIII, je me rappelle fort bien avoir souvent entendu un gargouillement manifeste se produire à l'orifice anormal pendant

les nombreuses explorations auxquelles j'ai dû soumettre la femme.

J'ai déjà dit, à propos de l'anatomie pathologique, quels sont les effets de l'écoulement plus ou moins continuel de l'urine par le vagin, sur cet organe lui-même, sur la vessie, la vulve et les téguments du voisinage. Il ne me reste plus, pour compléter la symptomatologie, qu'à exposer les effets de la fistule au point de vue des fonctions du rectum et de la matrice, et son influence sur la santé générale.

On a dit que la constipation accompagne souvent les fistules uro-génitales. Je ne nie pas que cet effet puisse se produire assez fréquemment; mais il est certain qu'il peut aussi manquer souvent, car j'ai observé plusieurs femmes qui n'offraient aucune perturbation dans les fonctions de l'intestin. Lorsque la constipation existe, elle peut engendrer quelques troubles dans les fonctions digestives, et il n'est pas inutile d'en rechercher les causes pour pouvoir y remédier, s'il est possible. Les auteurs qui ont exprimé une opinion sur l'étiologie de ce symptôme ne la considèrent pas tous de la même manière : ainsi Jobert pense que la constipation dépend de la contraction du sphincter anal déterminée par l'irritation que lui communique le contact de l'urine; M. Freund croit qu'elle peut être le résultat de l'augmentation de la sécrétion urinaire, augmentation provoquée elle-même par la facilité de son excrétion (1). Pour ma part, j'ai des raisons de croire qu'elle est souvent la conséquence de l'appréhension qu'ont les femmes de se livrer à l'acte de la défécation, par suite de la douleur que produit le passage des féces sur des parties excoriées ou ulcérées. Les observations VII et IX présentent des exemples de ce mode d'établissement de la constipation.

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 81.

La menstruation et la grossesse ont été regardées par certains praticiens comme devant être profondément modifiées par la présence de la fistule. M. Braun, de Vienne, a même prétendu que la stérilité est inévitable, le contact de l'urine ayant pour effet de détruire les spermatozoïdes (1). Mais ces opinions exagérées ont été démenties par plusieurs chirurgiens, entre autres par Jobert (2), qui affirme que les règles ne sont pas toujours supprimées, par Esmarch, MM. Baker-Brown (3), G. Simon, Freund (4) et par d'autres chirurgiens, qui ont cité bon nombre de cas où la grossesse a pu avoir lieu, même plusieurs fois, malgré la présence de l'urine dans le vagin. Que l'existence d'une fistule exerce une certaine perturbation sur les fonctions menstruelles et suscite certains troubles dans la marche de la grossesse, c'est ce qu'il est impossible de nier. Mes observations le prouvent à l'évidence, et les meilleurs observateurs l'ont constaté : ainsi M. G. Simon cite des cas où les menstrues sont devenues irrégulières et ont même été complétement supprimées; M. Freund en indique aussi où il a observé les mêmes phénomènes; M. Simon a même vu l'avortement ou l'accouchement prématuré survenir chez toutes les femmes où la grossesse a pu avoir lieu. Mais il n'en est pas moins vrai que la menstruation peut quelquefois s'exécuter après comme avant la fistule, et qu'il n'est pas rare de voir la grossesse suivre régulièrement son cours pour aboutir à un accouchement régulier. MM. Baker-Brown, Schmitt et d'autres en ont observé des exemples. Il y a donc à rechercher quelles sont

---

(1) *V.* Schuppert, ouvrage cité, p. 14.
(2) Jobert, ouvrage cité, t. II, p. 323.
(3) *V.* Schuppert, ouvrage cité, p. 14.
(4) Freund, ouvrage cité, p. 81.

les conditions qui déterminent la variation de ces phénomènes, et les moyens de reconnaître les unes et de prévoir les autres.

Quoique de grandes difficultés se dressent devant ces problèmes, on peut cependant hasarder quelques conjectures que l'expérience confirme, à mon avis, du moins dans une certaine mesure. N'est-il pas possible que l'influence nuisible des changements survenus dans le vagin, toute-puissante et efficace sur des natures faibles et douées de peu de résistance vitale, devienne beaucoup moindre ou même nulle sur des organismes plus énergiquement trempés? L'emplacement de la fistule, son voisinage ou son éloignement du col utérin, sa grandeur, le mode d'écoulement de l'urine par la voie anormale, l'intermittence ou la continuité de cet écoulement, le séjour plus ou moins prolongé du liquide dans le vagin, tout cela n'est-il pas de nature à modifier profondément les résultats de la maladie? Ne peut-on même dire avec raison que la composition particulière de l'urine, qui est si sujette à varier, non-seulement chez les différents individus, mais encore chez la même personne d'après les changements que subit l'état général de son économie, doit contribuer à rendre irrégulière ou même intermittente l'action de la fistule sur les organes génitaux internes? A mon sens, ce n'est pas trop s'avancer que de dire que mes observations, ou au moins quelques-unes d'entre elles, autorisent jusqu'à un certain point ces hypothèses.

La menstruation et la conception deviennent naturellement impossibles lorsque le col utérin est oblitéré. Cette circonstance a été considérée comme grave et comme devant donner lieu à une rétention douloureuse et dangereuse du sang des règles dans la matrice. Certains chirurgiens, Jobert entre autres, paraissent douter que ces accidents puissent ne pas survenir après l'occlusion du col, et ils ont

même indiqué des opérations particulières pour y remédier (1). Je ne veux pas contester que les choses puissent se passer et se passent souvent comme l'indiquent ces praticiens; mais je dois ajouter que l'on peut aussi voir le contraire, c'est-à-dire l'absence complète de rétention des règles dans ces conditions. Il est facile de vérifier la vérité de cette assertion dans les observations XIII et XV du résumé suivant, qui pourra donner une idée des rapports de la menstruation et de la grossesse avec la fistule et l'opération.

Il y a quinze observations seulement où ces particularités ont été notées :

Obs. V. — Femme de 22 ans, d'une petite stature et d'une constitution lymphatique. — Délabrement énorme de toute la paroi vaginale antérieure. — Écoulement d'un peu de sang au deuxième mois après l'accouchement, puis cessation complète de l'écoulement pendant les onze mois qui ont précédé l'opération. — Pas de grossesse.

Obs. VI. — 30 ans. — Femme d'une condition aisée, d'une bonne constitution, quoique lymphatique. — Fistule peu étendue, au-dessous du col utérin. — L'observation ne mentionne rien sur les règles, mais rapporte que la femme a eu neuf couches : la première lui a donné un enfant qui vit encore; les enfants suivants n'ont vécu que quelques jours ou quelques heures; la fistule a eu lieu à la cinquième couche; depuis ce temps, il y a eu en quatre ans quatre nouvelles grossesses qui ont été suivies d'avortements de plus en plus rapprochés de l'époque de la conception, le premier à six mois et demi, le deuxième à un terme moins avancé, le troisième à quatre mois, et le quatrième à trois.

Obs. VII. — 39 ans. — Constitution assez bonne. —

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, pp. 319 et 687.

Grande fistule près du col de la matrice. — Les règles se montrent de nouveau un an seulement après l'invasion de la fistule. Depuis ce temps, elles arrivent régulièrement, sans douleurs, tous les mois, pendant les trois ans que la femme attend encore avant de se faire opérer.

Obs. VIII. — 26 ans. — Bonne constitution. — Fistule large de deux doigts, au bas-fond de la vessie. — Grossesse, un an et demi après l'accident; elle est mauvaise et suivie, à sept mois, d'un accouchement prématuré qui amène un enfant mort.

Obs. IX. — 29 ans. — Bonne constitution. — Tempérament robuste. — Fistule d'un centimètre, au bas-fond vésical. — Les règles ont reparu après l'établissement de la fistule.

Obs. XI. — 28 ans. — Bonne santé et bonne constitution. — Fistule vésicale cervico-utérine profonde. — L'observation passe sous silence l'état des règles avant la première opération. Les menstrues reparaissent pendant les trois mois qui séparent les deux opérations.

Obs. XII. — 34 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. Vigoureuse, quoique de petite stature. — Fistule d'un centimètre et demi, au col vésical. — Rien n'est noté pour les règles avant la première opération. Entre la première et la seconde opération, et entre la seconde et la troisième, les règles apparaissent.

Obs. XIII. — 58 ans. — Femme robuste, d'un embonpoint extraordinaire. — Fistule de quatorze millimètres, près de la région du col. Celui-ci est complétement oblitéré. — Cette femme a eu quatre grossesses, suivies d'un accouchement à terme. — Au cinquième accouchement, la fistule se forme. Depuis ce temps, il y a eu trois nouvelles grossesses suivies d'avortements. Depuis quinze ans, les règles ont disparu. Aucun accident ne survient à la suite de la suppression de la menstruation.

Obs. XV. — 27 ans. — Femme petite, nerveuse et rachitique. — Fistule grande à admettre une sonde de femme, à six centimètres derrière le méat urinaire. — Le col utérin est oblitéré. — Il n'y a plus eu de règles depuis l'accouchement. Pendant les premiers temps qui l'ont suivi, elle a éprouvé un peu de gêne et de fatigue aux époques menstruelles; mais ensuite elle n'a plus rien ressenti pendant les quatre ans qui se sont passés entre son accouchement et l'opération. Elle n'a été incommodée en aucune manière.

Obs. XVII. — 30 ans. — Nerveuse et de petite stature. — Fistule petite et simple, à un pouce du col utérin. — Les règles reviennent sept semaines après l'accouchement, au moment où je me dispose à pratiquer l'opération.

Obs. XVIII. — 24 ans. — Femme très-forte et très-robuste. — Fistule uréthro-vaginale. — Les règles reviennent régulièrement entre les huit opérations qu'elle subit.

Obs. XIX. — 46 ans. — Femme vigoureuse, lymphatico-sanguine. — Fistule vésico-uréthro-vaginale très-étendue. — Accidents très-graves après l'accouchement. Concrétions urinaires bouchant le vagin. On extrait ces calculs un an après. A partir de ce moment, les règles s'établissent et continuent pendant quinze ans. Elles cessent quatre mois avant l'opération.

Obs. XX. — 31 ans. — Forte constitution. — Fistule vésicale cervico-utérine profonde. — Suppression des règles pendant trois mois, puis réapparition de la menstruation.

Obs. XXI. — 36 ans. — Femme petite, nerveuse et rachitique. — Fistule de deux centimètres, à un pouce et demi du méat urinaire. — Ouverture des uretères sur les bords de l'orifice. — Écoulement, pendant quelque temps, d'un liquide rosé, puis disparition complète des règles.

Obs. XXII. — 30 ans. — Lymphatique, mais d'une bonne santé. — Fistule de cinq centimètres de largeur,

située au fond du vagin, contre le col utérin. Les règles n'ont plus reparu.

Les effets généraux des fistules peuvent souvent se traduire par un amaigrissement plus ou moins prononcé, une espèce de cachexie accompagnée ou non de troubles dans les fonctions digestives. Cet état, quand on l'a observé, a été attribué à l'infection que répandent certaines malades et à l'introduction dans le sang de gaz septiques. D'autres ont considéré l'altération de la santé comme devant être attribuée à la sécrétion surabondante qui se fait dans les reins, en vertu de cette loi physiologique d'après laquelle une glande fournit d'autant plus que son produit est plus facilement évacué (1). Pour moi, je suis plus porté à croire que fréquemment les causes principales des perturbations survenues résident dans les souffrances et les incommodités que déterminent les altérations de la peau des environs de la vulve, et dans le chagrin que provoque la séquestration plus ou moins absolue à laquelle condamne la perte involontaire des urines. En raison des grandes variations qui existent dans l'impressionnabilité et les dispositions morales des femmes, ces deux causes peuvent manifester leur action à des degrés très-différents, et même, dans certaines circonstances, devenir pour ainsi dire inertes. Aussi voit-on des malades que leur affection a réduites à un état de souffrance, d'émaciation et d'épuisement extrêmes, présenter toutes les apparences extérieures d'une lésion chronique invétérée, tandis qu'il en est d'autres dont l'organisation ne semble même pas avoir été ébranlée par le nouveau mode d'existence physique et sociale que leur a infligé leur infirmité. Bien plus, il n'est pas sans exemple d'en rencontrer qui, loin de dépérir,

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 81.

paraissent au contraire conserver toutes les apparences d'une santé florissante, deviennent même mieux portantes qu'avant leur maladie, et, chose étonnante, contractent insensiblement une obésité excessive. Je citerai comme une preuve vivante de cette dernière assertion, la femme dont l'histoire est rapportée dans l'observation XIII, et qui, malgré la présence d'une fistule qu'elle portait depuis vingt-cinq ans, avait conservé un tel embonpoint, qu'après l'opération il fut impossible de la porter dans son lit, et qu'on fut obligé de l'y faire glisser sur une espèce de plan incliné.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC.

Il n'est pas possible de confondre l'incontinence d'urine qui caractérise la fistule uro-génitale avec celle qui résulte d'une débilité ou d'une paralysie du col vésical, soit essentielle, soit symptomatique : le mode d'apparition du phénomène, dans ces derniers cas, ses rapports avec une maladie antérieure ou avec un état général concomitant, ne permettent guère de commettre une telle erreur. Mais il y a certaines autres incontinences qui peuvent être plus facilement confondues avec celle qui dénote l'existence d'une communication des voies urinaires avec les voies génitales : je veux parler de celles qui suivent certains accouchements où la compression du col vésical a provoqué une espèce de torpeur du sphincter ou même un certain degré de désorganisation, sans production de fistule ; et, en second lieu, de celles qui succèdent à un cathétérisme prolongé, consécutif à une opération pratiquée en vue d'obtenir l'occlusion de

l'ouverture anormale. Dans le premier cas, l'incontinence se déclarant dans des circonstances où les fistules s'établissent d'ordinaire, peut en imposer pour le signal d'une de ces affections produite d'emblée ou peu de temps après la parturition; dans le second cas, elle peut faire croire à un insuccès, alors qu'il n'y a qu'un défaut d'action des fibres musculaires occasionné par leur distension prolongée. Dans les deux cas, l'erreur est d'autant plus facile que les urines, s'écoulant en bavant et sans être projetées à distance, passent au-devant de l'orifice vaginal, le mouillent, s'insinuent entre ses plis, et même, lorsqu'il est élargi et flasque, le franchissent pour pénétrer plus avant dans le canal, de manière à donner réellement le change au premier abord, et à faire supposer une source venant du vagin lui-même.

Un peu d'attention permet cependant de distinguer ces deux espèces d'incontinence. En effet, en se reportant à la date de l'apparition de l'écoulement et en portant son attention sur les particularités qui l'accompagnent actuellement, on est déjà à même de préjuger avec assez de vraisemblance la nature de la cause qui l'a provoqué. Ainsi, il ne peut guère y avoir de doute sur l'existence d'une fistule, lorsque l'incontinence ne s'est montrée que plusieurs jours après l'accouchement, lorsqu'elle apparaît, disparaît, augmente ou diminue dans certaines attitudes, et lorsque le cathétérisme trouve habituellement la vessie vide. Du reste, il suffit, pour éclairer et préciser le diagnostic, de placer la femme sur le dos, en face d'une fenêtre, les cuisses et les grandes lèvres écartées, et de fixer attentivement les yeux sur le méat urinaire et sur l'orifice vaginal, à l'effet d'y surprendre le mode d'écoulement de l'urine. Si cette expérience laisse encore des incertitudes, il est facile de les dissiper en faisant prendre à la malade la position sur les genoux ou sur le côté, en abstergeant et desséchant le vagin, puis en comprimant le méat urinaire avec le doigt

en même temps qu'on prescrit de faire un effort pour expulser les urines, afin de forcer le liquide à passer par l'ouverture vésico-vaginale, si celle-ci existe.

La constatation directe des fistules uro-génitales peut se faire de différentes manières. Souvent les fistules uréthro-vaginales peuvent être diagnostiquées par la simple inspection des parties; les fistules vésico-vaginales d'une grandeur ordinaire, et même celles d'assez petite dimension, sont généralement faciles à reconnaître au moyen du simple toucher, quand il est exercé par une main expérimentée; les fistules urétéro-vaginales, urétérales et vésicales cervico-utérines exigent ordinairement l'assistance d'un examen au spéculum. Dans les cas où l'on voudra apporter une grande précision dans l'appréciation de l'état des parties lésées, il sera toujours nécessaire de se servir de ce moyen adjuvant, qui a laissé bien loin derrière lui, comme moyen de diagnostic, tous les expédients employés par les anciens, y compris le porte-empreinte de cire à mouler dont se servait Lallemand, et que l'on a justement abandonné de nos jours.

Quand, après avoir placé la femme dans une position convenable et introduit le spéculum, on engage une sonde dans la vessie, on peut ordinairement, en en poussant le bec vers la cavité vaginale, l'y faire pénétrer par l'ouverture et lever ainsi tous les doutes sur l'existence de cette dernière, sur son siége, sa grandeur et sa manière de se comporter. La chose ne devient difficile que lorsqu'une valvule située sur le pourtour de la fistule barre le passage à l'instrument; et elle n'est impossible que dans le cas où l'orifice offre un diamètre moindre que celui de la sonde, ou bien quand il conduit, soit dans la cavité du col utérin, soit dans un trajet sinueux obliquement tracé à travers la paroi uro-génitale. Lorsque ces dernières circonstances se présentent, il est nécessaire de recourir à l'usage d'un stylet,

droit ou recourbé, que l'on introduit par le vagin dans le pertuis, pour le faire arriver dans la vessie, où sa collision avec la sonde qu'il y rencontre établit nettement l'existence de la communication entre les deux viscères. Quand un obstacle quelconque gêne la pénétration du stylet dans une fistulette, on peut se guider par cette considération, judicieusement émise par Jobert (1), que l'ouverture se trouve ordinairement placée à peu près au centre du tissu cicatriciel qui se montre dans la paroi génito-urinaire.

Dans certains cas, le trajet fistuleux est tellement étroit que le stylet le plus fin le bouche complétement; l'urine alors ne peut sortir tant que le stylet reste introduit, et elle n'apparaît que lorsqu'on retire la tige métallique en déprimant les parois qu'elle traverse; si l'on a engagé l'instrument pour le faire aller à la rencontre d'une sonde placée dans la vessie, l'expérience peut rester peu concluante, soit par la difficulté apportée au passage du stylet à travers la cloison, soit par l'interposition de quelque bride, membrane ou valvule entre les deux corps métalliques. Il est même des pertuis dans lesquels les tiges les plus déliées ne peuvent être engagées, quoi qu'on fasse (Obs. XVIII), jusqu'à leur ouverture dans la vessie. Lorsque cela arrive, il faut naturellement renoncer à ce mode d'exploration et recourir à d'autres moyens. C'est alors le cas de boucher le méat urinaire avec le doigt, et de recommander à la femme de faire un violent effort de miction, pour faire pénétrer de force l'urine dans le pertuis et l'en faire sortir sous la forme d'une gouttelette. On a recommandé aussi, et non sans raison, de faire une injection douce mais prolongée, dans la cavité urinaire, et,

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 354.

pour rendre la gouttelette plus visible, d'employer un liquide coloré. A cet effet certains praticiens, entre autres G.-A. Fried (1), Chopart, Kiwisch, Meyer (2), Jobert (3) et autres ont employé le lait, des solutions végétales, etc. M. Verneuil (4) s'est quelquefois servi d'encre très-étendue. M. Nélaton (5) a introduit dans le vagin un tampon de charpie imbibé de cyanure de potassium et de fer, puis injecté dans la vessie une solution d'un sel de sesqui-oxyde de fer : la charpie se colore en violet, s'il y a communication. Enfin on peut avec avantage éclairer la paroi vaginale, soit en faisant tomber convenablement un faisceau lumineux sur le spéculum, soit en se servant du pantoscope.

Les fistules urétéro-vaginales et urétérales cervico-utérines se reconnaissent à des signes particuliers. Un stylet, introduit dans l'orifice ordinairement arrondi et étroit qui les constitue, ne pénètre pas dans la vessie pour y rencontrer la sonde, mais est conduit forcément de côté et en arrière; on sent qu'il ne parvient pas dans une cavité où l'on peut le faire mouvoir en tous sens, mais qu'il est serré par les parois d'un tube qui le maintiennent dans une position fixe. Si la fistule urétéro-vaginale est formée par l'orifice normal d'un uretère, elle est le siége d'un écoulement intermittent, comme cela a été constaté dans le cas de l'observation XIX : ce qui dépend probablement de ce que le liquide est retenu pendant quelque temps dans la portion

---

(1) G.-A. Fried, *Anfangsgründe der Geburtshülfe*. Strasbourg, 1769, p. 193.

(2) Freund, ouvrage cité, p. 84.

(3) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 351.

(4) *Archives générales de médecine*, 1862, t. XIX, p. 56.

(5) Monteros, Thèse, p. 35.

du canal qui précède son embouchure, en attendant que la contraction des fibres musculaires et la *vis à tergo* le forcent à en sortir. Il est probable que, pour cette raison, l'écoulement est plus continu quand la fistule urétérale siége sur le trajet même du canal. S'il n'y a qu'une seule fistule urétérale, sans concomitance de fistule vésico-vaginale, il y a conservation de la miction en même temps qu'écoulement d'urine dans le vagin. Si les deux espèces de fistule existent, les perturbations dans les fonctions de la vessie se confondent avec celles des uretères; mais, avec un peu d'attention, on constate dans le vagin l'existence de deux sources différentes d'où s'écoule le liquide, et souvent on peut y remarquer deux espèces d'urine, l'une plus trouble, plus louche, mélangée d'un peu de mucus, et provenant du réservoir urinaire, l'autre plus claire, plus limpide, et s'écoulant par l'uretère. Si, par un moyen ou par un autre, on recueille séparément les deux liquides, on trouve que le premier est plus dense que le second (1). Les injections colorées dans la vessie ne modifient que l'urine sortant par l'une de ces fistules, et les efforts de miction, dans les cas où celle-ci peut encore se faire d'une manière incomplète, n'accélèrent que l'issue du liquide appartenant à cette même source. Lorsque deux uretères à la fois sont affectés de fistule, la vessie reste vide et ne peut donner aucun écoulement, ni par l'urèthre, ni par une fistule dont elle pourrait elle-même être affectée. M. G. Simon (2) donne encore un autre moyen de reconnaître une fistule urétéro-génitale : c'est d'en cautériser l'orifice avec le nitrate d'argent, de manière à le gonfler et à le boucher ainsi momentané-

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 111.

(2) *Beiträge, etc. V.* von Scanzoni, t. IV, p. 18.

ment. Il survient alors, dit-il, des symptômes d'hydronéphrose qui ne laissent plus aucun doute sur le diagnostic.

Dans un cas de fistule urétérale cervico-utérine, M. Freund, au moyen d'un obturateur de bois tendre qu'il avait introduit dans le col utérin et qu'il y avait soutenu par une éponge placée dans le vagin, a provoqué des douleurs rénales, suivies bientôt de vomissements, de fièvre et d'un malaise général dénotant évidemment la rétention de l'urine, et il a vu tous ces symptômes disparaître après la suppression du tampon (1).

Certaines dispositions particulières du vagin peuvent rendre quelquefois fort difficile la constatation directe de la fistule. Ainsi, il peut arriver qu'elle se trouve cachée par des plis ou des brides, au fond d'un entonnoir profond, derrière des rétrécissements de la cavité vaginale, dans du tissu fibreux adhérent aux parois du bassin, à la partie supérieure du col utérin, etc. C'est surtout dans ces cas que les crochets mousses, le ténaculum, les instruments dilatateurs peuvent rendre des services, en servant à attirer vers le dehors les parties où se trouve l'ouverture, à déprimer les parois qui la masquent, ou à élargir les détroits derrière lesquels elle est cachée. Les injections colorées trouvent encore ici leur application. Quelquefois on est obligé de faire précéder l'examen de la fistule de débridements plus ou moins étendus, pour permettre à la lumière et aux instruments d'arriver sur la région qui est le siége de la perforation.

Il est rare qu'avec tous les moyens d'exploration dont il dispose, un chirurgien un peu habile ne parvienne pas, même dans les cas les plus compliqués, à se faire une juste idée des particularités qui accompagnent une fistule et

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 110.

de l'état des organes qui l'avoisinent. On cite cependant encore de temps en temps des erreurs analogues à celle commise par J.-L. Petit, qui prit une fistule vésico-vaginale située à peu de distance de l'entrée du vagin pour un rétrécissement de cet organe (1). Dieffenbach, Chélius, M. Freund (2), rapportent des cas dans lesquels un défaut d'orientation relativement à la disposition d'atrésies du conduit vulvo-utérin a conduit à des opérations à la suite desquelles des fistules urinaires se sont établies. D'un autre côté, on a vu, chose presque incompréhensible, des chirurgiens peu attentifs prendre le méat uréthral pour un orifice fistuleux, lui attribuer l'incontinence d'urine, et chercher à l'oblitérer par différents traitements (3).

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, p. 286.

(2) Freund, ouvrage cité, p. 42.

(3) Freund, p. 85.

CHAPITRE VII.

PRONOSTIC.

Il s'en faut de beaucoup que les idées qui ont cours aujourd'hui concernant le pronostic de la fistule uro-génitale ressemblent à celles que professaient à cet égard les anciens, et même les chirurgiens d'il y a une vingtaine d'années. Autrefois on considérait cette affection non-seulement comme l'une des plus affreuses qui puissent affecter l'espèce humaine, mais en même temps comme l'une des plus incurables. Du temps de Dieffenbach encore, on la regardait comme étant à peu près au-dessus des ressources de l'art dans la presque totalité des cas (1). Il suffit de lire les comptes rendus des séances de l'Académie de Médecine de Paris (des 27 mars et 3 avril 1838, 4 juin 1844, 4 mars 1845), pour voir combien les meilleurs esprits de

---

(1) Dieffenbach, *Operative Chirurgie,* 1845, t. I, p. 546.

cette époque, Gerdy, Velpeau, Amussat, Bérard, par exemple, ajoutaient peu de foi aux succès que l'on disait avoir été obtenus par l'application des procédés chirurgicaux mis alors en usage. Velpeau, dans la deuxième édition de sa *Médecine opératoire,* prétendait qu'il y avait lieu de révoquer en doute presque toutes les guérisons de fistules du bas-fond de la vessie publiées jusqu'alors. Jeanselme, en 1841 (1), allait beaucoup plus loin encore : il croyait si peu à la cure radicale de ces affections, qu'il semblait soupçonner la bonne foi de ceux qui en avaient annoncé un certain nombre.

De nos jours, les découvertes de la chirurgie moderne permettent fort heureusement d'envisager les fistules à un point de vue beaucoup plus rassurant ; on peut dire même que les cas où elles échappent aux ressources de l'art sont des exceptions fort rares à la règle générale, qui est la guérison.

Lorsqu'une de ces exceptions se manifeste, c'est ordinairement qu'un vice quelconque, soit local, soit général, vient empêcher l'agglutination des lèvres, ou que les délabrements ont été si considérables, qu'il ne reste plus de substance dont le chirurgien puisse se servir pour la restauration. Dans ces circonstances, l'incontinence d'urine, on le comprend, est irremédiable et ne peut être rendue moins pénible qu'au moyen de palliatifs. Mais, même dans cette triste position, la femme peut continuer à vivre longtemps encore, assujettie, il est vrai, à des incommodités excessivement pénibles, mais quelquefois, comme je l'ai dit dans la symptomatologie, avec les apparences d'une santé relativement assez bonne. Encore observe-t-on quelquefois

---

(1) Jeanselme et Pavillon, *Leçons orales de clinique chirurgicale du professeur Velpeau*, 1841.

(par exemple, lorsque la fistule est tellement placée que l'incontinence est intermittente et que les femmes peuvent l'interrompre momentanément en usant de certains expédients instinctifs) que la maladie finit par être supportée sans trop de douleurs et de chagrin. En définitive, la mort n'est presque jamais la conséquence directe de la maladie.

La guérison des fistules uro-génitales peut se faire dans deux conditions bien différentes : 1° spontanément, par le seul bénéfice de la nature; 2° par l'application des moyens thérapeutiques et chirurgicaux.

Il n'est pas possible de contester que certaines fistules se sont guéries sans l'intervention active du chirurgien : les auteurs les plus recommandables en ont rapporté des exemples. On peut en voir, dans la thèse de M. Monteros (1), dix-sept cas bien authentiques appartenant à Fabrice de Hilden, Elsässer, MM. Verneuil et Depaul, Nélaton, Marjolin fils, Danyau, Bontemps, Féron, Maruéjouls, William Cumming, James Guthrie, Aubinais. MM. Dolbeau, Béraud (2), L'Hoste (3), ont observé de ces guérisons. Freund (4) en décrit aussi deux cas bien remarquables, et rappelle que Blundell et Duparcque également en ont fait connaître deux. Toutes ces observations sont relatives à des fistules guéries, soit sans aucune espèce de secours thérapeutiques, soit moyennant l'application de quelques moyens peu énergiques. Elles indiquent que la guérison s'est effectuée dans une période de temps comprise entre le septième jour et le huitième mois après l'accouche-

---

(1) Monteros, Thèse citée. Paris, 1864, pp. 18 et suivantes.

(2) *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 1862, t. III, pp. 427 et suivantes.

(3) *Gazette des Hôpitaux,* 1863, p. 335.

(4) Freund, ouvrage cité, pp. 87, 88.

ment (1), aussi bien après des pertes de substance qu'après des divisions simples, dans de grandes comme dans de petites fistules, pour des ouvertures situées au bas-fond vésical de même que pour des orifices occupant d'autres régions. Il y a donc lieu de ne pas désespérer absolument de la guérison spontanée des fistules récentes. Il ne faudrait cependant pas trop compter sur cette heureuse terminaison, car elle est assez rare pour que des chirurgiens comme Jobert aient pu dire ne l'avoir jamais rencontrée (2), et que, pour mon compte, je n'aie jamais eu l'occasion d'en observer dans ma pratique ni dans celle des médecins avec lesquels je suis en relation. Mais il est bon de la considérer comme possible, afin de ne pas trop se hâter de regarder comme établie et de soumettre à l'opération une fistule à l'égard de laquelle la nature n'aurait pas encore dit son dernier mot.

Dans les circonstances ordinaires, c'est la chirurgie agissante qui est seule capable de procurer une guérison solide et définitive. Mais, il faut le dire, elle n'y parvient pas toujours avec la même facilité pour toutes les espèces de fistules, et c'est ce qui fait que celles-ci offrent quelques différences dans leur degré de gravité ou de bénignité. Autrefois on regardait les fistules du bas-fond de la vessie comme étant les moins curables, et l'on croyait que celles du col vésical et de l'urèthre l'étaient beaucoup plus (Deyber, Bérard, Vidal, Jeanselme, Velpeau, etc.). Columbat, de l'Isère, pensait que les fistules urétérales

---

(1) Ceci est contraire à l'assertion de M. G. Simon, qui prétend que les fistules se guérissent presque exclusivement par première intention, peut-être jamais par granulation. (*Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln*, 1862, p. 52.)

(2) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*, t. II, p. 356.

étaient peu susceptibles d'être oblitérées; M. Freund est assez de cet avis, mais Jobert et M. G. Simon ne le partagent pas. D'après mes observations, les fistules uréthro-vaginales et vésicales cervico-vaginales, au lieu d'être les plus curables, sont de toutes les plus réfractaires, probablement à cause de la réunion intime qui existe entre les couches vaginale et vésicale aux endroits occupés par ces ouvertures, de l'action spasmodique consécutive du sphincter, et, pour l'urèthre, du peu d'étendue de la substance qui peut y servir pour l'avivement et la suture (Obs. XVIII). Celles du bas-fond de la vessie sont, au contraire, les plus faciles à guérir quand elles ne sont pas trop grandes et que les uretères ne s'ouvrent pas sur leurs bords. Les vésicales cervico-utérines, tant superficielles que profondes, sont encore très-susceptibles d'obturation; il n'y a pas, comme on l'a prétendu, à redouter pour elles certaines propriétés particulières du tissu du col utérin qui le rendraient peu propre à l'adhésion et à la cicatrisation : c'est précisément l'opposé que j'ai observé, comme on peut le constater dans plusieurs de mes observations (VII, XI, XVI, XX). Les fistules urétérines ne sont point incurables, l'observation XIX le prouve; mais elles ne sont pas sans offrir quelquefois dans leur traitement des difficultés qui peuvent jusqu'à un certain point compromettre la guérison (Obs. XXI).

La grandeur des fistules peut avoir quelque influence sur leur curabilité, et généralement, toutes choses égales d'ailleurs, il est plus facile de triompher de celles qui ont peu d'étendue que de celles qui en ont davantage. Toutefois la progression dans leur moindre aptitude à être traitées avec succès ne suit pas régulièrement celle qui est relative à leur grandeur, et il est des degrés intermédiaires qui, quoique fort variables, présentent à peu près les mêmes chances de guérison : ainsi, une fistule d'un

diamètre de deux centimètres se guérit à peu près avec la même facilité qu'une plus grande ayant trois centimètres et qu'une plus petite n'en présentant qu'un ou encore moins, bien entendu lorsqu'il n'y a pas de complications. Les fistules très-larges seulement, celles qui exigent pour le rapprochement de leurs lèvres avivées un tiraillement excessif de la paroi vésico-vaginale, sont manifestement plus récalcitrantes que les autres; et encore ne faut-il pas trop tôt les considérer comme inabordables, car il est de fait que certaines ouvertures énormes se ferment quelquefois avec une facilité inespérée, au moyen d'une opération bien conçue et combinée ou non avec quelques débridements salutaires. Les cloaques mêmes ne doivent plus effrayer aujourd'hui le chirurgien, en présence des ressources que lui fournit l'occlusion vaginale. — Il y a une observation que j'ai faite, comme, du reste, beaucoup de praticiens, et qui prouve bien qu'il ne faut pas toujours mesurer la bénignité ou la gravité des fistules à leur plus ou moins grande étendue : c'est qu'il arrive quelquefois que de très-petites ouvertures, des fistulettes, des pertuis presque imperceptibles, manifestent une ténacité qui défie les efforts les mieux combinés et qui nécessite un grand nombre d'opérations, en formant ainsi un contraste frappant avec certains orifices considérables qui se trouvent obturés d'emblée après une première tentative, sans présenter aucun accident extraordinaire qui vienne enrayer leur marche vers la guérison.

L'ancienneté de la fistule ne m'a pas paru influer d'une manière bien marquée sur son degré de curabilité. Il en est à peu près de même de ses différentes formes, et de certaines complications, comme la hernie vésicale, la cystocèle, la pluralité des ouvertures, les calculs urinaires, les callosités des bords de l'orifice, l'irrégularité de celui-ci, l'abaissement du col utérin, son oblitération, etc. Toutes ces

particularités sont tout au plus susceptibles de rendre plus difficile la tâche du chirurgien, sans compromettre, en définitive, le résultat final. Mais il n'en est pas de même des grandes adhérences, des sténoses considérables du vagin, de l'oblitération ou de la disparition du canal de l'urèthre : et il y a telles dispositions de ces graves lésions qui rendent les procédés opératoires si laborieux, si incertains et si dangereux, que le pronostic doit en être singulièrement influencé et assombri. Il est naturel qu'il en soit également ainsi quand il existe d'autres maladies concomitantes ou un grand état de faiblesse ou d'épuisement.

J'ai dit plus haut quelle est l'influence de la fistule sur la menstruation, la conception et la grossesse : il est facile, en se rappelant ces données, d'imaginer quel doit être, à ce point de vue, le pronostic des fistules positivement incurables. Quant à celles qui sont susceptibles de guérison, on peut affirmer qu'en général, lorsqu'elles ont été oblitérées, il y a des chances nombreuses que le flux cataménial n'aura aucune action sur leur cicatrice, et que celle-ci ne se rouvrira pas à un nouvel accouchement. J'en ai eu plusieurs fois la preuve chez mes opérées. Cependant on cite des exemples du contraire : M. Freund entre autres en rappelle un fourni par Esmarch (1); M. Verneuil (2) en rapporte plusieurs provenant de la pratique de différents chirurgiens. Il mentionne aussi des reproductions de la maladie survenues à la suite de vaginites (3). Mais il faut faire la remarque, du moins pour les récidives attribuées par les auteurs à la grossesse et à la

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 89.

(2) *Archives générales de Médecine,* 1862, 5e série, t. XIX, p. 60.

(3) *Gazette hebdomadaire,* t. VIII, 1861, p. 467.

parturition, que les descriptions qu'ils donnent laissent souvent dans le doute la question de savoir si les ouvertures qu'ils ont observées étaient réellement situées sur l'emplacement même occupé par les anciennes, ou s'ils ont eu affaire à de nouvelles lésions n'ayant aucune relation avec les cicatrices qui avaient obturé ces orifices.

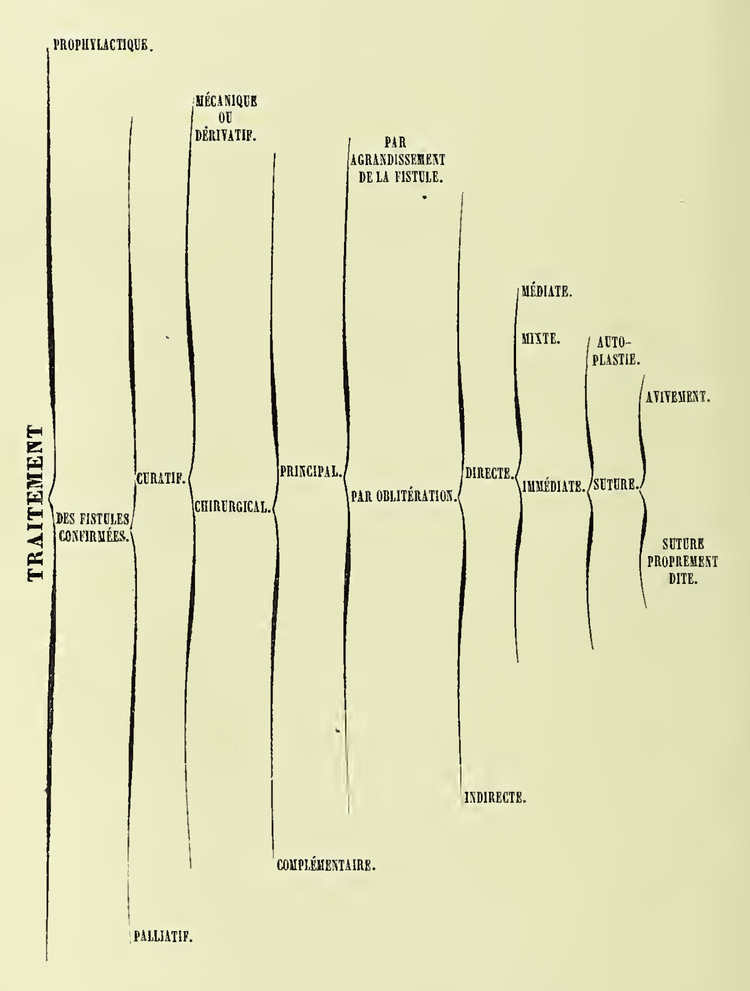
CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

La thérapeutique des fistules a été, dans ces derniers temps, singulièrement simplifiée quant au nombre des moyens employés pour obtenir l'amélioration ou la cure radicale de ces affections. Nous sommes loin de ces époques d'hésitation où le défaut de principes positifs multipliait les traitements au point que chaque opérateur possédait, pour ainsi dire, une méthode qui lui était propre. Il s'en faut cependant que la chirurgie contemporaine ait tellement absorbé et effacé la pratique des temps passés, qu'il n'y ait plus aucune utilité à en retracer les caractères; et ce serait, dans un livre comme celui-ci, laisser une lacune regrettable, que de ne pas chercher à en retirer par la critique ce qu'elle peut encore contenir de bon et d'applicable, même dans l'état actuel de la science et de l'art.

Je vais donc examiner successivement les principales méthodes qui ont régné tour à tour dans la thérapeutique

chirurgicale; et, pour mettre de l'ordre dans cette exposition, comme pour éviter les redites, j'indique dans le tableau suivant le plan que je me propose de suivre en traitant de cette partie importante de l'histoire des fistules :



Plusieurs des divisions contenues dans ce tableau doivent avoir une prépondérance marquée dans l'examen du trai-

tement. Il y en a auxquelles se rattachent naturellement certaines considérations générales qui ne trouveraient pas une place aussi convenable sous d'autres divisions ; il en est quelques-unes qui comportent des divisions secondaires et tertiaires. Les indications suivantes donnent une idée de ces différentes particularités, et complètent ainsi le tableau précédent.

Le traitement prophylactique comprend :

Le traitement prophylactique proprement dit ;
Le traitement des fistules en voie de formation.

Le traitement mécanique ou dérivatif :

La position ;
Le cathétérisme ;
Le tamponnement.

Le traitement chirurgical :

- 1° L'époque qu'il faut choisir pour l'appliquer :
  - Au point de vue de la possibilité de la guérison spontanée ;
  - Au point de vue des convenances chirurgicales ;
  - Au point de vue de l'état de la femme ;
- 2° La préparation à l'opération :
  - *A*. Préparation éloignée ;
  - *B*. Préparation prochaine ;
  - *C*. Préparation immédiate :
    - Position de la femme :
      - Sur les coudes et les genoux ;
      - Dorsale ;
      - Latérale ;
      - Pelvi-dorsale ;
    - Chloroformisation ;
    - Usage de moyens propres à faciliter l'accès de la fistule :
      - Spéculum ;
      - Moyens accessoires.

Le traitement par agrandissement de la fistule :

L'agrandissement vers les angles ;
L'agrandissement vers l'urèthre.

Le traitement par oblitération directe médiate :

- La cautérisation :
  - Cautère actuel;
  - Caustiques;
  - Galvanocaustie;
- La scarification;
- La rugination.

Le traitement par oblitération mixte :

La cautérisation alliée à l'usage d'instruments unissants;
L'avivement sanglant combiné avec l'application de ces instruments.

Le traitement par oblitération immédiate :

- 1° L'autoplastie :
  - Méthode indienne;
  - Méthode de Celse;
  - Méthode par glissement;
- 2° La suture :
  - *A*. Considérations générales;
  - *B*. Avivement :
    - Par formation de lambeaux;
    - En biseau :
      - Direction à donner à la ligne d'avivement;
      - Mode d'exécution;
      - Choix des tissus à aviver;
      - Complications et accidents;
    - Vertical;
  - *C*. Suture proprement dite :
    - Sutures anciennes;
    - Sutures modernes :
      - Double suture; Suture simple :
        - Direction à donner à la ligne de suture;
        - Mode d'exécution;
        - Choix des fils :
          - Végétaux;
          - Animaux;
          - Métalliques;
        - Complications et accidents;
        - Incisions libératrices;
        - Enlèvement des fils;
  - *D*. Traitement consécutif :
    - Décubitus;
    - Cathétérisme :
      - Permanent;
      - Intermittent;
      - Nul;
    - Régime, médication;
  - *E*. Suites de l'opération; accidents consécutifs.

Le traitement par oblitération indirecte :

- Indications;
- Exécution dans le sens transversal :
  - Au col utérin;
  - A la voûte du vagin;
  - Au corps du vagin;
  - A l'orifice vulvaire;
- Exécution dans le sens oblique;
- Occlusion de la vulve;
- Conséquences.

Le traitement complémentaire :

Le traitement de l'incontinence;
La réparation de l'urèthre;
La formation d'un nouvel urèthre;
L'élargissement du vagin oblitéré.

Le traitement palliatif :

Les obturateurs directs;
Le tamponnement;
Les réservoirs urinaires;
Les soins hygiéniques.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES FISTULES EN VOIE DE FORMATION.

La *prophylaxie* proprement dite se déduit naturellement de la notion de toutes les causes qui donnent naissance aux fistules, et consiste simplement dans la soustraction de ces causes, quand il est possible de le faire. Ainsi donc l'usage des moyens propres à guérir les maladies qui peuvent donner lieu à des fistules pathologiques; l'éloignement ou le traitement de toutes les dispositions morbides curables qui sont de nature à provoquer la dystocie; l'enlèvement des corps étrangers qui peuvent séjourner dans la vessie ou dans le vagin; le cathétérisme et les lavements employés au moment de l'accouchement, dans les cas de rétention d'urine et de constipation; et surtout la terminaison prompte de l'accouchement, lorsque les parties molles de la femme ont été déjà comprimées

depuis un certain temps; tels sont les principaux moyens qui permettent souvent de prévenir la formation de fistules, quand ils sont mis en usage à propos et avec discernement.

Le *traitement préventif* des fistules produites par des causes traumatiques autres que eelles qui aceompagnent l'aecouchement est malheureusement fort négligé aujourd'hui. On se borne presque généralement à rester simple speetateur d'un travail qui aboutit indubitablement à l'établissement d'une eommunieation uro-génitale permanente, alors qu'il serait souvent faeile d'empêeher cet aceident par une intervention prompte et énergique : e'est là une eonduite qui n'est pas justifiable. Le devoir du ehirurgien appelé pour toute plaie réeente de la eloison est, au eontraire, de proeéder immédiatement à la réunion, et de ne pas attendre pour agir que la eieatrisation isolée des bords se soit établie. Si la lésion est irrégulière, il pourra être obligé de la régulariser en suivant le mode d'avivement qu'il préfère; mais il ne sera autorisé à renoneer à l'opération immédiate que lorsqu'il aura aequis la certitude que l'affrontement est impossible ou que certaines portions de la cloison sont trop endommagées pour pouvoir échapper à la gangrène.

La thérapeutique des fistules qui se produisent après l'aeeouehement est eneore bien plus négligée que celle des perforations traumatiques ordinaires. Presque toujours ees ouvertures s'établissent sans qu'on ait rien fait pour s'y opposer, et même sans qu'on se soit douté de leur formation. Cela dépend probablement de ee que beaucoup d'aeeoueheurs, n'ayant pas l'habitude de pratiquer la ehirurgie non obstétricale, n'ont pas l'œil assez ouvert sur tout ce qui peut en exiger le eoneours, et de ce que les fistules sont assez rares pour qu'ils ne croient pas devoir, dans les cas douteux, faire appel à un opérateur. D'un autre eôté, il n'existe guère d'ouvrages elassiques qui se

soient oeeupés sérieusement des indieations préventives qui sont établies en pareil eas. Il y a done évidemment là unc grande lacune à eombler et de nouveaux eonseils fort utiles à formuler.

Lorsquc l'accouchement est immédiatement suivi de l'écoulemcnt de l'urine par le vagin, il convient de proeéder sans désemparer à l'examen de la lésion qui a produit cct accident. La fatigue de la femme ne peut être une contre-indieation à eette recherche, ear la position sur le côté n'est pas de nature à être difficilement supportée. Si l'on déeouvre que la solution de eontinuité peut être immédiatement oblitérée par une simple suture ou par l'applieation d'instruments unissants, avec ou sans régularisation préalable des bords, il faut le faire, sans eraindre que eet aete opératoire ait pour effet d'augmenter la gravité des désordres déjà produits. Si, au contraire, on eonstate que la réunion est impossible, ou que l'opération jugée nécessaire devra être trop longue et trop eompliquée pour que la femme puisse la subir sans danger, l'on aura du moins aequis la notion exaete de la nature, de la forme et de l'étendue de la plaie, et l'on pourra ultérieurement se comporter en conséqucnec. Dans les deux cas, on pourra placer une sonde à demeure dans la vessie, à l'effet de faeiliter le travail de la eieatrisation ou du moins eelui qui a pour effet le rétrécissement de la fistule.

Quand la parturition, sans avoir été suivie de la perte immédiate de l'urine, a cependant été accompagnée de eireonstanees qui font présumer qu'il s'est produit de fortes attritions des parties molles eontre la filière osseuse plus ou moins déformée, il ne faut pas s'endormir dans une fausse séeurité, mais recourir encore à un examen vaginal avec le spéculum aussitôt qu'on pourra le faire sans inconvénient. Si cette inspeetion fait reeonnaître des lésions propres à déterminer un proeessus inflammatoire, on sera

averti de l'opportunité d'un traitement antiphlogistique local et général. Si l'examen du vagin démontre l'existence de parties mortifiées dont une perte de substance devra être la conséquence, on sera conduit à employer les moyens usités en pareil cas : on fera des injections qui, sans nuire aux suites de l'accouchement, détergeront l'eschare et ses environs en facilitant l'écoulement du pus; le séjour de l'urine dans la vessie sera en même temps empêché par une position convenable et par le cathétérisme intermittent ou permanent, suivant la tolérance des parties et les exigences du cas. Aussitôt que l'eschare sera détachée et que le bourgeonnement sera complétement établi, il ne faudra pas hésiter à mettre les bords de l'ouverture en contact au moyen de serres-fines, d'autres instruments unissants et légers, ou, ce qui vaudra mieux, de quelques points de suture pratiqués avec des fils organiques ou métalliques. On connaît la propriété qu'ont les bourgeons charnus de contracter des adhérences quand on les rapproche; on sait que des trous pratiqués par des balles, des caustiques, des affections perforantes, dans les parois de cavités contenant des liquides, par exemple, aux lèvres et aux joues, se referment avec une grande promptitude et une grande régularité quand on met leurs bords en contact, et que, par une adaptation appropriée, on convertit leur contour plus ou moins arrondi en une forme linéaire. Il est à supposer qu'on obtiendrait des résultats analogues dans les pertes de substance de la cloison vésico-vaginale, en employant le même traitement combiné avec le cathétérisme : ce serait mettre là en usage, dans des conditions avantageuses, le procédé que M. Soupart a nommé *réunion par double intention*.

Si ces moyens ne réussissaient pas, on pourrait employer encore utilement, comme M. Verneuil l'a conseillé, la cautérisation des bords de l'orifice, répétée de temps en

temps, pour empêcher la soudure des deux muqueuses vaginale et vésicale, et pour favoriser, au contraire, la rétraction concentrique. La teinture d'iode et celle de cantharides, qui paraissent jouir de la propriété de stimuler la croissance des bourgeons sans les détruire et tout en diminuant la suppuration, pourraient ici convenir, de même que le nitrate d'argent (1).

On peut objecter aux recommandations précédentes que l'état puerpéral est une condition mauvaise pour la pratique des opérations, qu'il est à craindre que les lochies ne contrarient la cicatrisation des plaies du vagin et que les émotions produites par la crainte des manœuvres opératoires n'aient une influence malfaisante sur la santé de la femme et sur la sécrétion de son lait; on peut dire aussi qu'il est possible que le vagin devienne le siége d'affections spécifiques qui empêcheront l'adhésion des parties affrontées, etc. — Je ne veux pas contester que ces circonstances sont effectivement fort peu favorables, et je me hâte d'ajouter que certaines d'entre elles devront détourner formellement le chirurgien de toute tentative trop précoce. C'est à lui de juger si l'état de la femme et des parties génitales peut ou non permettre l'usage d'une chirurgie active. Mais je pense cependant que l'état puerpéral n'est point toujours, à beaucoup près, un obstacle absolu à l'efficacité des opérations; et ce qui le prouve, c'est la réussite fréquente de la suture que l'on a recommandé de pratiquer immédiatement après l'accouchement dans le cas de déchirure du périnée. D'ailleurs, les phénomènes puerpéraux commencent ordinairement à se calmer quand les eschares sont tombées et que l'indication de la réunion des bords bourgeonnants se présente. Quant aux lochies,

---

(1) *Archives générales de médecine*, 1862, t. XIX, p. 57.

comme elles proviennent principalement de la matrice, leur formation n'est pas susceptible de réagir fortement sur une plaie réunie dans le vagin, et leur simple contact ne me paraît pas devoir être bien irritant, puisque ordinairement il n'érode pas les parties génitales externes. L'émotion produite par la pensée de l'opération et par la douleur qui l'accompagne est relative, et elle est loin d'être la même chez toutes les femmes; pour beaucoup d'entre elles, il y a à se demander sérieusement si elles ne sont pas plus vivement impressionnées par l'idée de se sentir affectées d'une incontinence dégoûtante que par celle des moyens qu'il faudrait employer pour les en débarrasser. Pour ce qui est des affections du vagin qui sont capables de compromettre ou d'empêcher la réunion, comme la diphthérite, une vaginite simple mais sur-aiguë, des ulcères puerpéraux, une maladie gangréneuse, il est évident qu'il ne faut pas songer à traiter la fistule avant d'avoir complétement détruit ces fâcheuses complications, qui dominent la scène et réclament les soins les plus prompts et les plus immédiats.

TRAITEMENT DES FISTULES CONFIRMÉES.

TRAITEMENT CURATIF.

TRAITEMENT MÉCANIQUE OU DÉRIVATIF.

Ce mode de traitement a pris son point de départ dans l'idée que le contact de l'urine avec les bords de la perte de substance est la cause essentielle de la formation et de

la persistance de la fistule. On a cru qu'en empêchant ce contact par une espèce de dérivation que l'on imprimerait au liquide en le forçant à suivre une autre voie que celle qu'il parcourt en passant par le trajet fistuleux, on permettrait à celui-ci de se fermer naturellement, comme toute ouverture qui n'a plus d'emploi. Les trois principaux moyens mécaniques qu'on a mis en usage pour parvenir à ce but, la position, le tamponnement et le cathétérisme, ont été appliqués de plusieurs manières, tantôt isolément, tantôt collectivement.

Parmi les *positions* auxquelles on a eu recours, celle sur le côté a été principalement conseillée par Desault et Chopart (1), mais seulement comme moyen adjuvant du cathétérisme et du tamponnement. MM. Esmarch (2), Freund, Burchard (3), Elsasser (4), ont obtenu des succès par le décubitus sur le ventre. Mais c'est surtout M. le professeur Giordano, de Turin, qui a fait du traitement par la position une étude toute particulière : il lui accorde une telle importance qu'il lui donne le pas sur tous les autres, y compris les opérations chirurgicales elles-mêmes.

Cet auteur, comme je l'ai dit dans l'esquisse historique (p. 174) et comme on peut le reconnaître presque à chaque page de son travail (5), a plutôt appuyé ses opinions sur des raisonnements théoriques que sur des faits cliniques. L'assurance avec laquelle il affirme l'inno-

---

(1) Jobert de Lamballe, ouvrage cité, t. II, p. 369.

(2) *Deutsche Klinik,* 1858.

(3) Freund, ouvrage cité, p. 98.

(4) *Würt. correspond. Bl.*, t. IX.

(5) Giordano, *Della perdita involontaria d'orina per fistola genito-orinaria.* Torino, 1868.

cuité et l'efficacité du décubitus abdominal prouve bien, selon moi, qu'il ne s'est pas trouvé souvent aux prises avec les réalités de la pratique; car je ne doute pas que, s'il en eût été autrement, il eût bientôt perdu ses convictions optimistes et reconnu tous les inconvénients et même les dangers de sa méthode statique.

Leroy-d'Étiolles (1) avait déjà signalé les eschares qui se produisent aux coudes et aux genoux dans la position ventrale longtemps prolongée. En admettant que cette attitude ne détermine pas toujours des accidents aussi graves, il faut bien reconnaître, malgré l'assertion contraire de M. Giordano et de M. Rizzoli, son imitateur, qu'elle est assez incommode pour provoquer des impatiences, de l'anxiété, des indispositions même, qui doivent très-souvent en rendre l'usage ou inefficace, ou douloureux, ou insupportable. Il se présentera peut-être des cas où la femme, douée d'un caractère docile, peu irritable, habituée à souffrir avec patience, pourra être soumise à cette méthode pendant un certain nombre de jours, surtout si l'on emploie les appareils imaginés par M. Giordano; mais il y a loin de là à la possibilité de maintenir ces moyens mécaniques assez longtemps pour obtenir des modifications notables dans la manière d'être de la fistule. Même en imaginant la réunion de toutes les circonstances favorables, il est peu probable que l'on en retire l'avantage d'éloigner à coup sûr et d'une manière continue le liquide urinaire de la région de la fistule : car il faut bien se rappeler que la vessie n'admet pas de vide, et que, lorsqu'elle ne contient point de liquide, ses parois sont adossées l'une à l'autre; or, dans cet état, les urines versées par les uretères glissent bien plus facilement sur les plans que lui

(1) Leroy-d'Étiolles, Mémoire cité. Paris, 1842, p. 7.

offre sa muqueuse pour aboutir à l'ouverture fistuleuse qui se trouve sur leur passage, qu'elles n'ont de tendance à se porter plus loin pour s'échapper par le canal de l'urèthre. Tout ce qu'on peut dire en faveur de la position, c'est qu'elle constitue un adjuvant utile, qu'il est peut-être bon de ne pas rejeter dans le traitement des fistules encore fraîches et même quelquefois dans certaines fistules opérées par oblitération directe. Mais en étendre outre mesure l'application, croire qu'elle doit presque toujours réussir dans les fistules confirmées, la considérer comme une méthode à peu près générale, la mettre, pour l'efficacité, au-dessus des ressources opératoires, ce sont là des exagérations que la théorie même désavoue et qu'à coup sûr la pratique dément à chaque instant.

Le *tamponnement* du vagin a été considéré comme pouvant agir, d'abord directement, en bouchant l'ouverture anormale, ensuite en relevant la partie supérieure du vagin pour former de la cloison un plan incliné propre à conduire l'urine vers le col de la vessie, enfin en rapprochant les bords de la fistule. On sait qu'Hippocrate avait proposé, pour tamponner le vagin, l'usage d'un cylindre de chair crue (p. 22). Desault se servait d'une compresse en doigt de gant remplie de charpie, ou d'un morceau de liége enduit de gomme ou de cire (1); MM. James Guthrie (2), William Cumming (3), Freund, Burchard (4) et d'autres préfèrent l'éponge; M. Féron (5) emploie la vessie de porc insufflée, et le pessaire en caoutchouc vulcanisé;

(1) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, p. 373.

(2) *The Edinb. med. and surg. Journ.*

(3) *Id.*, 1824, *n.* 79, et *London med. and surg. Journ.,* Juillet 1829, t. III, p. 70.

(4) Freund, ouvrage cité, p. 98.

(5) *Bulletin de thérapeutique,* t. LIII, p. 59.

M. Maruéjouls (1) le pessaire de Gariel à réservoir d'air; Leroy-d'Étiolles (2) (p. 61) a proposé des plaques d'ivoire, de platine ou d'argent, munies d'une tige courbée en demi-cercle et destinée à être engagée sous la fistule pour la relever; ces plaques devaient être assujetties par un tamponnement pratiqué avec de la charpie enduite de caoutchouc en pâte ou avec du caoutchouc pur; M. Aubinais (3), dans un cas où il fut pris au dépourvu, imagina un pessaire en bondon formé d'une tige de chou creusée, arrondie en cylindre, percée de trous et remplie de charpie. Ségalas (4) a mis en usage son spéculum conique à quatre valves et à développement, laissé en place à différentes reprises pendant quelques jours. — Tous ces appareils ont l'inconvénient de ne donner aucune garantie relativement à l'occlusion exacte de la fistule et au soulèvement en plan incliné régulier de la paroi vésico-vaginale. En outre, ils sont plus ou moins irritants, et, malgré l'extrême tolérance du vagin, il est à craindre qu'ils finissent par y déterminer certaines altérations plus ou moins nuisibles à l'oblitération de l'ouverture anormale. Ensuite, il ne faut pas compter sur eux pour le rapprochement des lèvres de l'orifice : car ils ne sauraient être mis en usage sans dilater le vagin; et comme cette dilatation ne peut se faire sans que les bords fistuleux s'écartent en même temps, il en résulte qu'ils agissent en sens inverse du rôle de moyens unissants qu'on voudrait leur faire jouer. Vidal (5),

(1) *Bulletin de thérapeutique,* t. LVII, p. 217.

(2) Leroy-d'Étiolles, Mémoire cité, 1842, p. 7.

(3) *Journal de la Société de médecine de la Loire-Inférieure,* 1852-1853.

(4) *Séance du 4 juin 1844 de l'Académie de Médecine de Paris.*

(5) Vidal de Cassis, ouvrage cité, t. V, p. 573.

Velpeau (1), Sabatier (2), ont fort bien signalé l'inefficacité du tampon; et je crois avec eux que ce moyen n'est guère appelé à rendre des services.

Le *cathétérisme* intermittent ou continu, dont il sera question plus loin à propos des soins consécutifs à donner aux opérées, a été autrefois plus souvent employé comme un moyen de guérison par dérivation de l'urine. Desault, qui a surtout préconisé ce mode de traitement, le regardait comme tellement utile qu'il avait fait construire un appareil particulier pour assurer le maintien de la sonde. Sa confiance provenait surtout de l'analogie qu'il supposait exister entre les fistules urinaires de l'homme et celles de la femme, et il croyait que le traitement qui réussissait si bien dans les unes devait aussi réussir dans les autres. Il oubliait que, chez l'homme, les fistules siégent sur un canal qui ne reçoit l'urine que d'une manière intermittente; qu'une sonde peut facilement boucher ce canal et le soustraire complétement au contact du liquide; que le plus souvent l'ouverture anormale qui s'y produit est sinueuse et traverse, pour arriver à l'extérieur, une couche assez épaisse de tissus. Il ne considérait pas que les conditions sont tout à fait différentes chez la femme : en effet, ses fistules, attaquant la vessie elle-même, ne peuvent presque pas être soustraites au passage de l'urine qui arrive incessamment dans ce viscère; elles consistent le plus souvent dans un trou fait comme par un emporte-pièce dont les bords peu élevés présentent une surface fort peu favorable à une oblitération par accolement. L'action dérivatrice que l'on attend de la sonde est illusoire chez la femme, car, s'il est vrai que la poche urinaire se contracte ordinairement sur l'instrument,

---

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. IV, p. 446.

(2) Sabatier, ouvrage cité, t. II, p. 455.

comme le prouve la fréquente pénétration de sa membrane muqueuse dans les yeux du tube introduit, cette contraction ne peut cependant jamais aller jusqu'à produire une application hermétique de toute l'étendue de ses parois sur la tige métallique : il faudrait pour cela que sa cavité se réduisît aux dimensions et à la forme du cylindre représenté par le cathéter, ce qui est inadmissible. En supposant même que cette rétraction excessive pût se faire à de certains moments, l'exacte adhérence des parois serait bientôt détruite par les mouvements de la malade, par ceux de la sonde et par l'arrivée du liquide des uretères. Il y a par conséquent toujours des portions de la poche vésicale qui restent écartées du cathéter et qui sont tout disposées à recevoir l'urine pour la conduire vers la fistule.

C'est donc se faire illusion que de croire que le cathétérisme est capable d'empêcher le contact de l'urine avec les bords fistuleux, et de partir de là pour espérer que ceux-ci pourront, grâce à son emploi, finir par se rétrécir, s'accoler et adhérer, comme cela se fait dans les fistules uréthrales de l'homme. La seule chose qu'il soit raisonnable d'attendre de l'usage de ce moyen thérapeutique, c'est qu'il rende impossible l'accumulation de l'urine dans la vessie; or, cette accumulation ne peut se faire tant que l'ouverture anormale reste ouverte : il est donc évident que cette méthode ne présente une utilité réelle que lorsque la fistule a été bouchée par une opération chirurgicale. Seulement elle contribue à évacuer de petites collections qui peuvent se faire quand l'orifice est placé de telle manière que, dans certaines positions déterminées, il n'occupe pas le point le plus déclive. Lorsque cela se produit, il est incontestable que, si le bec de la sonde est situé lui-même au-dessous du niveau de l'ouverture, l'urine doit se faire jour au dehors avant de passer directement dans le vagin.

Je ne m'étendrai pas sur différents autres moyens qui ont été conseillés pour détourner l'urine et l'empêcher de couler par la fistule; je me bornerai à les indiquer, par la raison qu'ils ne jouissent d'aucune efficacité et qu'ils doivent être rejetés. Ainsi, le bouton à double plaque, analogue à celui dont se servait Dupuytren pour certaines grenouillettes, mais à tige pleine; la bouteille en caoutchouc souple et à goulot étroit, que Reid (1) conseillait d'introduire dans la fistule, pour la remplir ensuite d'eau au moyen d'une seringue; d'autres moyens analogues que l'on a recommandés dans le même but (celui d'éloigner l'urine en bouchant l'ouverture pour forcer celle-ci à se rétrécir et à se fermer petit à petit), ne souffrent pas le moindre examen, puisqu'ils ne peuvent fermer le passage au liquide qu'en appuyant sur les bords de l'orifice, par conséquent en les écartant et en allant ainsi à l'encontre du but que l'on veut atteindre. Il n'y a pas plus d'importance à attacher à cette proposition de Leroy-d'Étiolles, de soulever la fistule vers l'intérieur de la vessie au moyen d'une anse métallique passée sous l'ouverture et attirée par un cordon vers une entaille faisant office de poulie sur le bec d'une sonde introduite par l'urèthre (2). Cette idée pèche, comme celles qui ont fait naître les autres procédés que je viens de citer, par un vice radical, le maintien d'un corps étranger dans une perte de substance qu'il s'agit de combler. Le siphon que J. Cloquet (3) proposait de substituer à la sonde ne peut avoir aucun avantage, attendu que cet instrument n'agit que pour autant que le vide est formé dans son intérieur par une de ses

(1) *Gazette des Hôpitaux,* 1837. p. 41.

(2) Leroy-d'Étiolles, Mémoire cité, p. 10.

(3) Michon, Thèse citée.

extrémités, tandis que l'autre reste plongée dans un liquide et que cette dernière condition cesse d'exister aussitôt que la vessie est évacuée.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Les considérations par lesquelles je vais commencer l'étude de ce traitement, c'est-à-dire celles qui se rapportent à l'époque où il convient de le mettre en usage et aux préparations dont il faut le faire précéder, peuvent s'appliquer à presque toutes les méthodes opératoires. Toutefois, je dois faire observer qu'elles concernent d'une manière plus directe les opérations sanglantes que celles qui ne rentrent pas dans cette catégorie. En effet, pour ces dernières, il y a telles précautions, indispensables quand on se sert de l'instrument tranchant, qui sont d'une importance beaucoup moins grande, qui peuvent assez indifféremment être prises ou négligées, et qui doivent même quelquefois être entièrement supprimées. Ainsi, par exemple, pour pratiquer la cautérisation, il n'est pas nécessaire, à beaucoup près, d'attendre aussi longtemps après l'établissement de la fistule ou après une opération antérieure, qu'il convient de le faire pour une autoplastie ou une suture : car ce mode de traitement n'exige pas que le travail de réparation ait complétement cessé dans le pourtour de l'orifice, et, au contraire, il est telle circonstance où il contribue lui-même à modifier avantageusement un état morbide local qui retarde la cicatrisation des parties lésées. De même, son emploi n'est pas incompatible, comme celui des opérations sanglantes, avec un état cachectique réagissant d'une manière défavorable sur la région malade; et non-seulement la plaie qu'il produit n'est pas toujours susceptible d'être envenimée par le vice constitutionnel, mais elle peut être moins apte à en subir l'influence que

celle à laquelle on la substitue. Enfin, avant de l'appliquer, il peut être moins indiqué de se frayer une route aussi large et aussi facile vers l'ouverture fistuleuse, parce que son exécution exige ordinairement moins de délicatesse, de précision, et présente moins de difficultés que les autres manœuvres chirurgicales. Lors donc qu'on a des raisons de se presser, on peut le faire avec moins d'inconvénients en négligeant certaines préparations qui exigent toujours un certain laps de temps, que lorsqu'il s'agit de mettre en usage une méthode diérétique plus compliquée.

TRAITEMENT CHIRURGICAL PRINCIPAL.

1° Époque qu'il faut choisir pour l'appliquer.

Il y a encore, dans l'esprit des chirurgiens, beaucoup de vague, d'hésitation et d'opinions diverses pour ce qui concerne cette partie importante, mais fort peu étudiée, de la thérapeutique chirurgicale des fistules. Soit qu'on l'examine au point de vue de la possibilité de la guérison de ces affections, soit qu'on la considère sous le rapport des conditions les plus favorables à la réussite des opérations, on trouve dans les recueils de la science fort peu de préceptes positifs, rationnels et généralement adoptés, qui puissent guider la pratique des jeunes chirurgiens.

Au premier point de vue, certains auteurs ont dit que, puisque la science rapporte des guérisons spontanées de fistules survenues plusieurs mois et même jusqu'à huit mois après l'accouchement, il convient d'attendre cette dernière époque pour procéder à l'application de la chirurgie active. Il y a des praticiens, parmi lesquels je citerai surtout M. Nélaton, qui attachent une telle importance à cette considération, qu'ils érigent en principe général de ne pas

opérer avant le sixième ou le neuvième mois qui suit l'accouchement. MM. Verneuil et Sims, sans exiger un laps de temps aussi long, sont aussi contraires aux opérations trop rapprochées de la parturition (1). Plusieurs auteurs pensent que la temporisation est d'autant plus autorisée qu'en l'adoptant on a du moins la chance, si l'on ne réussit pas, d'obtenir de la nature tout ce qu'elle peut faire dans le sens du rétrécissement de la fistule.

Au second point de vue, les avis ont été extrêmement partagés : ainsi, tandis que certains praticiens, comme MM. Verneuil (2), Trélat (3), Sims (4), West (5), pensent qu'il faut attendre plusieurs mois avant d'entreprendre une opération sanglante pour une fistule vésico-vaginale, d'autres au contraire, parmi lesquels se trouvent Follin (6), MM. Bozeman (7), Baker-Brown (8), Schuppert (9), Kiwisch (10), croient qu'il convient de la pratiquer le plus tôt possible, avant même que la cicatrisation soit complète. Les partisans de chacune de ces opinions s'appuient sur des faits de guérisons obtenues en suivant l'un ou l'autre de ces traitements; ils se basent en outre sur des raisonnements et des considérations de physiologie patho-

---

(1) Monteros, ouvrage cité, p. 4.

(2) *Archives générales de médecine,* 1862, t. XIX, p. 302.

(3) *Société de chirurgie.* Séance du 9 décembre 1863.

(4) *Charleston med. journ. and review,* 1857, p. 466.

(5) West, ouvrage cité, p. 710.

(6) Follin, ouvrage cité, p. 43.

(7) Bozeman, *Remarks on vesico-vaginal fist.* 1856, — *Urethro-vaginal and vesico-vaginal fistulas,* 1857.

(8) Baker-Brown, *On vesico-vaginal fistula,* p. 8.

(9) *New-Orleans med. News and hospital Gazette,* avril 1858, p. 77.

(10) Kiwisch, ouvrage cité, p. 522.

logique. Les premiers disent que les opérations *prématurées*, comme M. Verneuil appelle celles qui sont entreprises trop tôt après l'accouchement ou après une opération antérieure, exposent à un retentissement nuisible vers l'utérus et ses annexes, à une vaginite que rendent très-facile la vascularité et l'irritabilité encore grandes de l'organe, et au passage des fils de la suture à travers un tissu encore trop mou et trop peu résistant. Les derniers redoutent l'accroissement de l'étendue de la substance cicatricielle, qu'ils considèrent comme moins propre à l'adhésion qu'un tissu plus riche en vaisseaux, et ils ne voient pas de raison d'imposer à la pauvre femme une attente cruelle, alors qu'on peut abréger ses souffrances. Follin, MM. Sims, Verneuil et Trélat (1), en envisageant la question sous le rapport du temps qu'il convient de laisser passer entre une opération qui a échoué et une tentative nouvelle, émettent des avis diamétralement opposés, le premier conseillant de ne pas attendre, les derniers affirmant qu'une sage temporisation est l'une des conditions les plus indispensables du succès, et qu'il est bon de ne recommencer les manœuvres opératoires qu'après deux ou trois mois. Toutefois, ceux-ci pensent que l'on peut opérer les petites fistules plus tôt que les grandes.

La solution de cette question au moyen d'une détermination fixe de dates ou d'intervalles de temps, ne me paraît pas heureuse, même en établissant différentes catégories de fistules pour faciliter cette indication : je pense qu'il y a à cela des inconvénients réels, dont le moindre est d'exposer la science à se trouver à chaque instant en défaut. En effet, si cette détermination était juste et fondée, com-

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 599, et *Archives générales de Médecine*, 1862, t. XIX, p. 302.

ment se ferait-il qu'un certain nombre de praticiens aient pu réussir en opérant de très-bonne heure, comme cela m'est arrivé à moi-même (Obs. XVII), tandis que, d'autres fois, ces mêmes opérateurs ou d'autres ont échoué en se comportant encore de la même manière (Obs. XVIII)? Il est évident que, dans ces résultats différents, il intervient un facteur que n'ont point pris en considération ceux qui n'ont envisagé que le laps de temps écoulé, et qu'il est nécessaire de dégager pour arriver à formuler des préceptes dont l'observation n'expose point à des erreurs ou à de fâcheux mécomptes.

Selon moi, au lieu de considérer le nombre de jours qui se sont passés depuis l'accouchement ou l'opération précédente, il faut simplement se guider d'après l'état de la région où se trouve la fistule. Si cette région est exempte d'inflammation, si les bords de l'ouverture sont solidement cicatrisés, s'ils présentent une consistance convenable, il n'y a pas à en douter, le temps est venu d'agir, quelle que soit la date à laquelle on est arrivé. Si, au contraire, la suppuration et la rétraction n'ont pas encore cessé dans l'orifice anormal, si le pourtour en saigne au simple attouchement, si les environs en sont encore mollement engorgés, il serait téméraire de rien entreprendre, et quelque durée qu'ait déjà eue la maladie, il faut attendre des circonstances plus propices. Car, ce qui détermine ou éloigne les chances de succès dans les opérations sanglantes et compliquées, ce n'est pas seulement la vascularité ni la vitalité des bords, comme lorsqu'on cherche par des moyens simples à mettre en contact les bourgeons d'une fistule en voie de formation, c'est, au contraire, la fermeté jointe à la résistance des tissus, qui rend possibles les résections régulières qu'on doit faire porter sur eux et les tractions qu'il faut leur faire subir pendant la suture. Or, cette solidité si indispensable ne s'établit point toujours de la même manière et

avec la même rapidité : elle est sous la dépendance des diverses influences générales et locales et des circonstances extérieures auxquelles la femme est soumise; de telle sorte qu'il se peut que l'on trouve de très-bonne heure une fistule dans les conditions voulues, de même qu'il est possible que celles-ci soient encore absentes après un laps de temps assez long. C'est donc exclusivement la constatation de l'état favorable des bords et des environs de l'ouverture qui indique l'opportunité du traitement chirurgical, et non son ancienneté ni le souvenir de ce qu'on a pu observer dans d'autres cas, soit dans sa pratique propre, soit dans celle des autres.

Dans toute opération où l'on n'est pas forcé de se mettre à l'œuvre à un moment donné et où l'on est plus ou moins à l'aise dans le choix de son jour et de son heure, il est de règle de donner la préférence à une époque où le patient se trouve dans l'état de santé le plus avantageux possible. Il est par conséquent nécessaire, avant d'agir sur une fistule, de détruire les diathèses s'il y en a, de modifier la constitution si cela est favorable et possible, de remédier aux accidents locaux, d'éloigner, en un mot, tout ce qui, de près ou de loin, peut avoir une influence fâcheuse sur les suites de la manœuvre chirurgicale. Je ne parle pas des accidents qui sont le résultat de l'incontinence d'urine elle-même, car on comprend que le meilleur moyen d'y remédier est de détruire la cause qui les entretient.

C'est pour des raisons basées sur ces principes qu'il est bon, quand on le peut, d'éviter de pratiquer l'opération avant, pendant ou immédiatement après l'époque des menstrues, ou dans le cours d'une grossesse. Il est certain que, pendant ces différents états de la femme, les parties qui doivent être soumises à l'action des instruments ont éprouvé des modifications, très-légères pour certaines d'entre elles, plus profondes pour les autres, qui ont cela de

commun qu'elles ont changé d'une manière désavantageuse les conditions requises pour l'exécution facile et la réussite de l'œuvre chirurgicale. La simple congestion pendant les règles, l'engorgement et l'infiltration des organes génitaux aux différents temps de la gestation, sont plus ou moins de nature à nuire à la solidité des tissus et à les rendre peu propres à une adhésion prompte et permanente. D'ailleurs, on peut craindre, surtout dans les premiers temps de la gestation, une réaction sur la matrice et une excitation à l'avortement. — Mais si des raisons majeures viennent à dominer les préférences du chirurgien et à forcer même sa volonté, faut-il augurer absolument mal de l'opération pratiquée dans ces circonstances? On n'est nullement autorisé à le faire : car il ne manque pas d'exemples de succès obtenus malgré la présence de ces complications (Obs. XVII), et ces succès ont même été assez nombreux pour que certains auteurs en soient venus à regarder ces incidents comme de peu d'importance. Ainsi Jobert dit (1) n'avoir pas vu les règles nuire à l'opération. M. G. Simon affirme (2) la même chose. De plus, il est souvent arrivé que l'irruption du flux menstruel s'est faite inopinément pendant les suites d'une opération sanglante, sans que la cicatrisation ait paru en être troublée. Les opérations des observations X et XIX se sont trouvées dans ce cas. L'époque des règles est donc une époque à éviter, ne fût-ce que pour les inconvénients qui accompagnent la présence du sang dans le vagin, mais il ne faut cependant pas trop la redouter. Quant à la grossesse, plusieurs chirurgiens la considèrent de la même manière et ne la craignent pas davantage : M. Sims, par exemple, ne s'en inquiète guère et ne

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, p. 323.
(2) G. Simon, *Ueber die Heilung, etc.,* 1854, p. 57.

recule pas devant elle, à n'importe quelle époque de sa durée. Il faut cependant admettre que, pendant ce travail physiologique, les changements survenus dans le vagin étant beaucoup plus profonds, les raisons qui militent alors en faveur de la temporisation sont beaucoup plus nombreuses et plus graves. A mon avis, on ne doit se résoudre à suivre une conduite opposée que dans le cas d'une absolue nécessité (1); et l'on peut voir. dans l'observation II, qu'une fois, pour n'avoir pas voulu attendre, j'ai échoué chez une femme que je suis cependant parvenu à guérir ensuite par une nouvelle opération pratiquée dans un moment plus favorable.

2° Préparation à l'opération.

A. Préparation éloignée.

Cette préparation consiste surtout à écarter ou à détruire les complications qui pourraient nuire à l'exécution et au bon résultat de l'opération. Elle comprend naturellement la cure préalable de toutes les maladies concomitantes, et de celles surtout qui peuvent affecter momentanément les organes génito-urinaires. Il est donc convenable que les vaginites, métrites, cystites, soient guéries autant que possible avant qu'on fasse intervenir le traitement curatif. J'ai déjà fait observer que ces affections sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a cru (pp. 309 et 311); je dois ajouter

---

(1) Deroubaix, *Observations cliniques et critiques sur l'opération de la fistule vaginale,* in *Mémoires de l'Académie de Médecine de Belgique,* 1863, p. 319.

qu'on a quelquefois exécuté la manœuvre opératoire malgré leur coexistence, et sans que le succès du traitement en ait été compromis (Obs. VII).

Il est des complications qui ne doivent être combattues qu'au moment de l'opération : par exemple, la hernie vésicale à travers la fistule, les adhérences aux parois pelviennes, les callosités, les irrégularités des bords de l'orifice, l'ouverture des uretères sur ces bords, la cystocèle. Mais il en est d'autres qui réclament un traitement préalable dont les effets doivent être obtenus pour que l'on puisse aborder la manœuvre principale. Ainsi, les calculs vaginaux doivent être extraits et les fongosités dont ils ont pu s'entourer réprimées et cicatrisées; il faut réséquer les végétations trop volumineuses qui, par exception, pourraient se trouver à l'entrée ou dans l'intérieur du canal, et attendre la cicatrisation des plaies produites par cette excision; il est nécessaire d'élargir les rétrécissements de l'urèthre par un traitement convenable et suffisamment prolongé, soit au moyen de bougies et de sondes, soit par l'application d'un appareil dilatateur, celui de Weiss, par exemple (1); les sténoses du vagin doivent être soumises aux moyens mécaniques et chirurgicaux susceptibles de rendre à cet organe son ampleur ordinaire, ou du moins des dimensions suffisantes pour que les différents temps de l'opération puissent s'exécuter sans trop d'entraves.

Relativement à cette dernière complication, il est utile de faire remarquer que les plus grandes précautions doivent être prises afin que, pendant les débridements qu'elle réclame quelquefois, la vessie, le rectum et les gros vaisseaux ne soient pas intéressés : car il n'est pas sans exemple, comme je l'ai rappelé dans l'étiologie (p. 247),

---

(1) Fabre, ouvrage cité, *Maladies des femmes,* t. I, p. 147.

que de semblables incisions aient donné lieu à de nouvelles fistules; et pour ce qui est des vaisseaux, on sait qu'ils sont surtout abondants aux régions vers lesquelles doit principalement se diriger l'action du bistouri, c'est-à-dire vers les parties latérales du vagin (p. 237). Il est vrai que l'inflammation qui a déterminé le rétrécissement du canal a dû diminuer en même temps le volume de ces vaisseaux et même en oblitérer un grand nombre; mais il ne faudrait pas trop se fier à l'existence de ces changements pour faire les débridements avec une hardiesse téméraire, car il est toujours possible que de gros troncs aient échappé aux effets de la phlogose et viennent se présenter au tranchant de l'instrument fourvoyé dans leur voisinage.

La raison indique qu'il ne faut pas pratiquer l'occlusion chirurgicale d'une fistule quand les voies urinaires normales ne sont point prêtes à recevoir facilement la sonde évacuatrice, et l'urine elle-même après l'enlèvement de cet instrument. Si, à ce point de vue, il convient que les rétrécissements de l'urèthre soient convenablement dilatés, à plus forte raison les occlusions du canal doivent-elles être traitées avec un soin particulier. Lorsque cette occlusion, comme c'est le cas le plus ordinaire, n'attaque que la partie postérieure du conduit, il est facile, avec un ténotome mince engagé dans la portion restée libre et muni ou non à sa pointe d'une petite boule de cire, d'inciser le cul-de-sac, en dirigeant l'instrument à la rencontre du doigt indicateur recourbé en crochet et introduit préalablement dans le vagin vers le point exact où doit se trouver le col de la vessie. A la rigueur, on pourrait se servir d'un trocart (Jobert) ou d'un petit pharyngotome. Mais je comprends moins, je l'avoue, l'utilité de l'appareil imaginé par M. Duboué (de Pau), et qu'il nomme *uréthrotome à*

pression continue (1). Cet instrument, qui agit à la façon de l'entérotome de Dupuytren, en poussant une espèce de boule pointue vers une cupule d'acier placée derrière le cul-de-sac uréthral, de manière à détruire le diaphragme anormal par une pression prolongée, doit offrir le grave défaut d'être sujet à se déranger et par conséquent de ne pouvoir garantir que la nouvelle voie se fera juste à l'endroit où il convient qu'elle soit pratiquée. Pourquoi, d'ailleurs, un moyen mécanique là où une main exercée peut si facilement, et sans danger, pratiquer la perforation dans la direction et les proportions requises? Je dis *sans danger*, car si l'on prétendait que la plaie produite par l'instrument tranchant est moins innocente que celle qui est le résultat de l'écrasement, je répondrais qu'on pourrait toujours changer le caractère de la première en en touchant la surface avec un caustique quelconque. — Au demeurant, et quel que soit le procédé dont on a fait usage pour déboucher le canal, il faut avoir soin de le maintenir ouvert au moyen de sondes laissées en place assez longtemps pour que l'on puisse espérer qu'un rétrécissement consécutif n'est plus à craindre.

Lorsque l'occlusion occupe toute l'étendue de l'urèthre, ou à peu près, il me paraît toujours préférable, malgré toutes les difficultés que peut alors présenter l'opération, de chercher à rétablir le cours de l'urine par l'emplacement naturel, que de lui frayer une route nouvelle. La raison en est qu'en se comportant ainsi, on a beaucoup de chances de faire fonctionner utilement un reste de sphincter vésical qui peut encore exister, tandis que l'on risque de se priver de cette ressource si l'on fait passer le liquide par un autre trajet. A aucun prix, je ne

(1) Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, p. 929.

voudrais recommander la pratique singulière adoptée par Jobert (1) et qui consiste à diviser le col de la vessie afin d'y ménager une ouverture ronde propre à l'évacuation des urines, car il est facile de comprendre que cet orifice de nouvelle formation ne changerait rien à l'incontinence d'urine après l'occlusion de la fistule.

Si, au lieu d'être simplement oblitéré, l'urèthre se trouvait en partie détruit, il y aurait une autre conduite à tenir. Une fistule uréthrale située vers le milieu du canal ou à son extrémité antérieure n'empêcherait point l'opération principale, car ces lésions ne mettraient point obstacle au fonctionnement du sphincter vésical et à la rétention des urines; seulement celles-ci pourraient être dirigées d'une manière vicieuse et provoquer quelques incommodités auxquelles il serait toujours temps de songer à remédier plus tard. Si l'ouverture uréthrale avait son siége dans un point très-voisin du col vésical, on pourrait recourir au traitement préalable de l'orifice par la méthode du *revêtement* (*Ueberbrückung*), comme M. G. Simon l'a proposé (2), c'est-à-dire en avivant la lèvre inférieure de l'orifice et en y fixant par la suture la portion voisine du vagin également avivée. Mais si une paroi tout entière de l'urèthre était détruite, la paroi inférieure, par exemple, comme dans un cas observé par Jobert (3), peut-être y aurait-il alors à essayer l'opération préparatoire pratiquée par ce chirurgien, laquelle consiste à refaire le canal au moyen de deux lambeaux pris sur ses côtés, rabattus de haut en bas, et réunis par leurs bords. Si cette manœuvre ne réussissait pas, il n'y aurait pas autre chose à faire que ce qui est indiqué

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 686.
(2) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, pp. 204 et suivantes.
(3) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 463.

lorsque l'urèthre est complétement détruit. Or, dans ce dernier cas, comme il y a toujours en même temps d'autres lésions extrêmement étendues et compliquées, il faudrait d'abord s'occuper de celles-ci et tâcher de les réduire aux proportions les plus restreintes et les plus avantageuses possibles avant de donner un nouveau passage artificiel au liquide urinaire. — Ce n'est donc pas ici, mais à l'article des opérations complémentaires, qu'il convient que je m'occupe de ce genre de complication.

L'oblitération du col de la matrice a donné lieu à des études qui n'ont pas encore abouti à des indications positives quant aux soins qu'elle réclame et à la manière dont il faut harmoniser leur usage avec le traitement principal. Plusieurs chirurgiens, Jobert entre autres, ont regardé cette complication comme étant extrêmement grave, tellement grave qu'ils l'ont classée parmi les cas susceptibles de rendre les fistules incurables. Cette opinion, chez le chirurgien français, provenait surtout de ses préoccupations relatives à l'autoplastie par glissement, que cet état du col utérin devait rendre quelquefois impossible, et de ce qu'il croyait que le plus souvent il était impossible, dans ces circonstances, d'échapper à l'accumulation des règles dans la matrice. Sa manière de voir à l'égard de cette rétention le faisait pencher vers le maintien de la fistule, afin de pouvoir, en cas de ménostasie, se servir de la voie qu'elle lui présentait pour arriver par la vessie dans la matrice, et donner ainsi issue au sang accumulé; ou, s'il se déterminait à oblitérer l'orifice anormal, il conseillait la ponction préalable de la poche utérine par le rectum (1). Les autres auteurs qui ont traité de l'oblitération du col utérin ne nous ont donné que des

(1) Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 687.

conseils vagues et pleins d'hésitation. M. Verneuil, qui s'est surtout occupé de cette question (1), n'a pas voulu la trancher, quoiqu'il ait posé les bases de sa solution en donnant l'énoncé des raisons qui doivent militer pour ou contre le rétablissement préliminaire du canal utéro-vaginal, l'abstention, ou la temporisation jusqu'après la cure principale. Ces raisons, qu'il a indiquées avec beaucoup de sagacité, sont les suivantes : 1° *En faveur de l'opération préliminaire :* toute manœuvre opératoire pratiquée sur les voies génitales pouvant avoir pour effet de rappeler les règles supprimées, il est indispensable que le canal qui doit les conduire au dehors soit libre; s'il ne l'est pas, on est exposé à voir survenir des accidents qui sont de nature à affecter profondément la santé du sujet, à compromettre la manœuvre, et même à menacer la vie; 2° *En faveur de la temporisation :* l'opération nécessitée par l'oblitération utérine n'est ni facile, ni bénigne; en général, on ne l'exécute que lorsqu'il y a dans la matrice une accumulation qui indique aux instruments une voie sûre; dans le cas où cet indice n'existe pas, c'est marcher à l'aventure que d'aller à la recherche de la cavité utérine. — M. Sims conseille l'opération préliminaire (2), tandis que MM. Bozeman, Coghill, Baker-Brown (3) paraissent avoir une opinion contraire, du moins si l'on en juge d'après la ligne de conduite suivie par ces opérateurs.

Il me paraît qu'en examinant bien cette question thérapeutique, et surtout en ne cherchant point à la sou-

---

(1) *Archives générales de médecine,* 1862, t. XIX, pp. 305 et suivantes.

(2) *Archives générales de médecine,* 1862, t. XIX, p. 310, et Monteros, Thèse citée, p. 60.

(3) *Archives générales de Médecine*, 1862, t. XIX, p. 310.

mettre à une loi unique et absolue, il ne doit pas être difficile d'indiquer quelques préceptes rationnels et propres à guider le praticien dans ces circonstances délicates : il suffit pour cela de se rappeler quelques observations pratiques et quelques principes de chirurgie. — D'abord, il ne faut pas oublier que la ménostasie peut fort bien ne pas exister chez les femmes dont le col utérin est oblitéré (Obs. XIII, XV, XXI); ensuite, qu'elle peut avoir lieu, et quelquefois pendant un temps assez long, sans produire localement d'autres résultats que des effets mécaniques et quelques douleurs intermittentes vagues, ou du moins assez modérées (1); puis, qu'il y a un degré plus avancé dans la marche de la rétention sanguine, où des souffrances beaucoup plus vives se manifestent, mais toujours d'une manière intermittente et en laissant entre elles de longs intervalles pendant lesquels la femme n'est plus gênée que par le poids de la tumeur; enfin, qu'il arrive une époque où la matrice cherche à se débarrasser violemment de son fardeau et le pousse vers le détroit inférieur du bassin comme s'il s'agissait d'un fœtus, en provoquant des douleurs presque continuelles accompagnées de réaction générale, de fièvre, d'anorexie, en un mot, de phénomènes positivement morbides. — Les principes de chirurgie qu'il est nécessaire de ne pas perdre de vue sont que, dans des opérations comme celle de la fistule, il ne faut ni laisser languir sans motifs la patiente dans un état déplorable, ni se presser au point de ne pas vouloir attendre le moment le plus favorable au succès de la manœuvre chirurgicale.

En partant de ces considérations, on reconnaît facilement

---

(1) J'ai vu cette espèce d'innocuité momentanée chez plusieurs jeunes filles présentant une imperforation de la membrane hymen.

ce qu'il convient de faire dans les différentes circonstances qui peuvent se présenter.

Ainsi, si la femme, malgré l'oblitération de son col utérin, ne présente point de rétention des règles, il est indubitable qu'il faut opérer la fistule sans se soucier de l'état de la matrice : car, chercher à rétablir d'abord la perméabilité de la voie utéro-vaginale, ce serait aller à la recherche de l'inconnu, et faire une opération inutile et dans tous les cas téméraire. En oblitérant d'abord la fistule, on a à craindre, il est vrai, qu'après l'opération le molimen menstruel se déclare; mais cet accident peut fort bien avoir lieu sans que les parties réunies en souffrent, vu qu'elles sont séparées par une barrière fibreuse et solide du lieu où se fait principalement l'afflux sanguin. Dans tous les cas, et au pis aller, le résultat de ce contre-temps ne pourrait être qu'un échec, qui serait loin d'être aussi grave que les accidents auxquels on s'exposerait en essayant de pénétrer dans la matrice sans avoir la certitude de la trouver dilatée et d'y rencontrer une collection.

Si la fistule accompagne une ménostasie *inerte,* si je puis m'exprimer ainsi, une ménostasie qui n'a pas altéré la santé ni excité d'efforts d'expulsion, il vaut encore mieux opérer d'abord l'ouverture uro-génitale, par la raison que le moment propice pour évacuer la collection n'est pas encore venu : en effet, toutes choses égales d'ailleurs, il est d'observation que les opérations destinées à donner issue au sang accumulé dans l'utérus sont, en tant que lésions de tissus, mieux supportées et moins dangereuses quand le corps étranger a dilaté fortement la poche utérine et que celle-ci bombe vers le détroit inférieur, que lorsque le segment inférieur de la matrice est encore à peu près à l'état normal. Dans le premier cas, l'ouverture artificielle peut être considérée comme essentiellement *libératrice,* tandis que, dans l'autre, elle est de celles que l'on pourrait nommer

perturbatrices : car les effets produits par ces deux espèces d'opérations sont tellement différents sous le rapport de leur gravité, qu'on peut comparer la première à une ponction faite sur une collection purulente arrivée à sa maturité, et l'autre à une incision pratiquée sur un abcès qui ne fait que commencer. En temporisant encore ici en ce qui concerne la ménostasie, on laisse intacte la règle qui prescrit de n'opérer la fistule que dans de bonnes conditions, de même que l'on observe celle qui conseille de n'aller à la recherche d'une collection que lorsqu'il y a un avantage évident à l'évacuer ou que la nature sollicite son élimination, et qu'on peut y arriver par une route connue. — Lorsque la ménostasie est accompagnée de douleurs franchement intermittentes alternant avec de longues rémissions, il faut encore se comporter de même; seulement il est nécessaire, pour exécuter l'oblitération de l'orifice anormal, de bien saisir le moment où aucune souffrance ne se manifeste dans le bas-ventre, et, autant que possible, le milieu de l'intervalle entre les crises qui troublent de temps en temps l'impassibilité habituelle de la matrice à l'égard de la rétention.

Arrive maintenant le cas où les efforts d'expulsion ont commencé et où la nature, impuissante à débarrasser l'utérus de son contenu, pousse cependant celui-ci vers le bas de l'excavation pelvienne, en entamant une lutte où l'organisme tout entier se met de la partie, s'affecte et s'épuise dans la fatigue et la fièvre. En présence de ces phénomènes, on le conçoit, l'opération de la fistule se ferait dans des circonstances tout à fait contraires à celles qui sont requises pour sa réussite, et il faut évidemment l'abandonner momentanément pour ne songer qu'aux accidents de la ménostasie. C'est alors qu'on doit au plus tôt pratiquer la ponction de la matrice, autant que possible par le vagin et au milieu de la saillie fluctuante formée

par la collection sanguine. Il arrivera quelquefois qu'après cette ponction, l'emplacement du col, qui n'était que dévié par la tumeur, se montrera de nouveau dans son état normal (1), et qu'il sera possible d'établir une nouvelle route, plus naturelle que la première, à travers sa substance même, ce qui vaut toujours mieux que de passer par le corps de la matrice. Dans tous les cas, il conviendra de ne penser à la fistule que lorsque le nouveau trajet aura été complétement cicatrisé dans tout son pourtour; or, ceci n'arrive qu'après un certain temps, soit spontanément, si, comme M. Verneuil le conseille (2), on se dispense de l'introduction de tout corps étranger dans le passage artificiel, soit avec le secours des sondes, des bougies ou des instruments dilatants, si l'on en a cru l'application indispensable pour maintenir la permanence du canal.

La ponction de l'utérus par la vessie ou par le rectum me paraît être une opération qu'on n'est autorisé à tenter que dans le cas où il est absolument impossible d'y pénétrer par le vagin, ce qui doit avoir lieu bien rarement quand on sait bien choisir son moment. Je crois que, même lorsque cette dernière ponction est inexécutable, le passage par les deux autres voies ne doit être pratiqué que pour parer à des accidents tellement graves, que la vie serait exposée si l'on ne prenait cette détermination.

B. Préparation prochaine.

Il y a encore aujourd'hui des praticiens qui ne voudraient point entreprendre une opération sans y avoir

---

(1) J'ai été à même d'observer une fois cette rectification du col après une ponction faite pour une ménostasie survenue à la suite d'une oblitération simple de l'orifice utérin.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 335.

préparé leurs patients par quelques modifications apportées dans leur manière d'être, au moyen de médications plus ou moins énergiques. Ils croient ainsi les prémunir contre certaines suites des lésions de continuité et les rendre plus propres à subir l'influence de l'opération elle-même. Les recommandations faites par ces chirurgiens pour les opérations en général sont répétées par beaucoup d'auteurs à propos de celle de la fistule uro-génitale.

Cette conduite est-elle rationnelle et utile, et convient-il de l'adopter comme une pratique dont l'abandon pourrait offrir des inconvénients et des dangers? Pour répondre à cette question, je n'aurai qu'à exprimer à mon tour quelques considérations, qui me paraissent applicables à l'opération de la fistule uro-génitale comme elles le sont en même temps à toutes les manœuvres de la chirurgie opératoire.

Avant tout, je dois déclarer qu'il ne peut être question en cet endroit des moyens hygiéniques, dont l'utilité est de tous les temps et de tous les lieux, et dont l'usage ne peut être sujet à contestation. Mais, cette restriction établie, je considère comme inutiles et souvent nuisibles la plupart des préparations qu'on a l'habitude de faire subir aux patients.

Je m'explique :

J'admets que l'effet le plus redoutable, le plus terrible des opérations, c'est *le choc*, comme disent les Anglais, qu'elles produisent sur le système nerveux. Ce choc, qui peut aller jusqu'à déterminer instantanément la mort, et qui pour le moins porte une atteinte profonde aux sources mêmes de la vie, se traduit par l'affaissement des incitations fonctionnelles, par l'impuissance de la réaction, et souvent, plus tard, par la mauvaise qualité de la suppuration, la flaccidité des chairs, la diphthérite traumatique, la disposition aux infections putride et purulente. Tous les efforts du praticien doivent tendre à diminuer les effets de

cette funeste impression. Or, quel est l'état de l'organisme qui lui permet d'y résister de la manière la plus efficace? C'est évidemment celui où un parfait équilibre existe entre tous les systèmes, entre toutes les fonctions naturelles : c'est-à-dire l'état de santé. Si cela est, tout ce qui trouble cette harmonie, tout ce qui fait prédominer notablement un système sur un autre, tout ce qui amène la perturbation dans les actes fonctionnels, et surtout tout ce qui produit ces résultats par la soustraction de quelque élément de force ou de résistance, tout cela est de nature à diminuer les chances favorables de l'opération. Ainsi, la saignée, qui désemplit les vaisseaux, les rend ainsi plus aptes à absorber les agents délétères, et donne lieu à une prépondérance marquée du système nerveux sur le système sanguin; la diète, qui détermine, par la soustraction des éléments de nutrition, ce que la saignée engendre par leur spoliation; les purgatifs, qui agissent comme débilitants et suscitent une perturbation au moins momentanée dans les fonctions digestives; les bains, les boissons relâchantes, les lavements, les médicaments altérants, déprimants; tous ces moyens thérapeutiques tendent à exposer l'économie à ressentir plus violemment l'impression du choc, et doivent par conséquent être rejetés comme des moyens nuisibles ou tout au moins inutiles. Il conviendrait donc d'effacer des livres de beaucoup d'auteurs ces formules, comme stéréotypées, dont ils ont l'habitude de recommander l'observation avant n'importe quelle opération, et qui semblent n'être qu'une répétition aveugle et routinière des préceptes de nos devanciers. Le raisonnement et le discernement du chirurgien instruit doivent être seuls juges des circonstances dans lesquelles ces moyens peuvent être exceptionnellement employés, pour remplir une indication spéciale et urgente.

La meilleure préparation que puisse adopter un chirur-

gien pour disposer son patient à subir une opération, c'est de lui permettre de continuer son genre de vie ordinaire ; de ne rien changer à ses habitudes, pour autant, bien entendu, qu'elles ne soient pas mauvaises; de faire en sorte, en un mot, qu'il puisse agir sur un corps et des organes dont la manière d'être ressemble le plus possible à celle de l'état normal; surtout, il doit lui inculquer la confiance, le calme et la sécurité qu'il possède lui-même; ranimer au besoin son courage et son espoir par ces bonnes paroles et ces bons procédés que son tact et son cœur doivent lui faire trouver pour les faire intervenir à propos; éviter ces coups de théâtre, ces mises en scène, ces étalages d'instruments, ces airs terribles qui font ressembler ceux qui les prennent à des exécuteurs des hautes œuvres. Les apprêts d'une opération doivent être faits simplement, sans affectation et même sans mystère, si c'est possible; et le chirurgien doit sacrifier le désir de produire de l'effet à l'influence salutaire qu'exerce sur les suites et le résultat final de l'opération une conduite propre à épargner toute secousse au malade.

Je pense donc qu'il ne peut y avoir que de l'avantage à ne soumettre l'économie de la femme qui doit subir l'opération de la fistule à aucune perturbation violente, à aucune déperdition, quelle qu'elle soit; et que ce que l'on peut faire de mieux, c'est de veiller à ce qu'elle continue à manger, à boire, à dormir, à se promener, à travailler comme elle le fait ordinairement, ou comme on lui a prescrit de le faire dans un but hygiénique. L'essentiel est de la conduire au jour de l'opération comme à un jour de délivrance, de le lui faire désirer, et de lui représenter la manœuvre chirurgicale telle qu'elle est réellement, c'est-à-dire comme un moyen de guérison peu dangereux, peu douloureux, qui exige de sa part beaucoup plus de patience que d'énergie morale. On pourra bien faire quelques injec-

tions, administrer un lavement, dans un but de propreté et pour permettre au vagin de se dilater plus facilement à sa partie postérieure ; mais on ne devra jamais les employer que comme agents mécaniques, et il sera toujours inutile de les composer de liquides médicamenteux propres à modifier plus ou moins profondément l'état local ou général.

C. Préparation immédiate.

Position. — Il y a quatre positions principales que les différents chirurgiens ont adoptées pour opérer les fistules uro-génitales. Ces positions, comme il est facile de le comprendre, ont une grande influence sur la marche de la manœuvre exigée pour l'oblitération immédiate, dont les détails sont beaucoup plus délicats que ceux des opérations non sanglantes. Voici ces différentes positions :

1° La position *sur les coudes et les genoux*, ou *en pronation*, ou *en décubitus antérieur*, employée d'abord par Levret, puis par Schreger, Roux, Velpeau, Gosset, Wützer, Follin, MM. Esmarch, Bozeman, Simpson, Verneuil, et par presque tous les chirurgiens français ;

2° La position *sur le dos*, ou *en supination*, ou *en décubitus dorsal*, préférée par Jobert, et avec lui par beaucoup d'autres chirurgiens, entre autres Hayward, Dieffenbach, Nägele, M. Baker-Brown, etc. ;

3° La position *sur le côté*, ou *en demi-pronation*, ou *en décubitus latéral gauche* (p. 118), imaginée par M. Sims, et adoptée par M. Schuppert et un grand nombre d'autres opérateurs ;

4° La position *pelvi-dorsale*, ou *sacro-dorsale*, ou *en supination avec forte élévation du bassin* (p. 148), recommandée par M. G. Simon, et mise en usage par MM. Herrgott, Courty, et par plusieurs chirurgiens allemands.

Chacune de ces positions a ses avantages et ses incon-

vénients, qui ont été indiqués comme suit par les praticiens qui s'en sont occupés :

Dans la position sur les coudes et les genoux, la paroi vaginale antérieure se déplisse, se tend et devient visible quand on introduit le spéculum ; le prolapsus vésical, quand il existe, se réduit de lui-même ; l'écoulement de sang, se faisant dans la vessie, ne souille pas la plaie, ne gêne par conséquent pas l'opérateur, et le liquide peut plus tard être retiré de la poche vésicale sous forme de caillots; quand il y a adhérence de la lèvre antérieure de la fistule au pubis, ou enroulement de cette lèvre, l'accès en est rendu plus facile ; l'opérateur ne devant pas manœuvrer avec les mains tenues dans la pronation et l'adduction forcées, se fatigue moins et peut mettre plus de précision dans ses mouvements ; la fistule devient si aisément acccssible que les moyens employés pour abaisser l'utérus et la cloison vers la vulve, moyens plus ou moins dangereux, sont inutiles ; il faut moins d'instruments et d'aides pour dilater le vagin. En regard de ces avantages, on doit placer l'inconvénient de la fatigue qu'entraîne la position et qui finit par forcer les patientes à se laisser tomber sur le ventre; celui de la tendance qu'a la fistule à s'éloigner de la vulve, l'utérus et le vagin se précipitant vers l'ombilic; enfin l'impossibilité d'employer l'anesthésie dans cette attitude (1).

La position sur le dos a l'avantage d'être commode pour l'opérée, peu fatigante, et tout à fait convenable pour l'administration du chloroforme. Mais elle ne permet pas bien l'usage de plusieurs spéculums et des leviers latéraux qu'on peut juger convenable d'employer ; de plus, elle gêne beaucoup la manœuvre du chirurgien, qui est obligé de se placer sur un plan inférieur à celui du vagin et d'opérer

---

(1) Verneuil, *Gazette hebdomadaire,* 1859, t. VI, p. 122.

de bas en haut; et il est moins facile, en l'employant, de rendre la fistule accessible sans le secours de l'abaissement forcé de l'utérus (1).

La position en décubitus latéral empêche la pression des viscères abdominaux sur la vessie et le vagin; elle déplisse celui-ci à peu près comme le fait le décubitus antérieur; elle est commode pour la femme, comme la position dorsale, et de plus elle rend les mouvements du chirurgien naturels et faciles; elle permet, comme celle sur le dos, l'inspection du visage et l'usage du chloroforme (2). Par contre, si elle rend la région de la fistule plus accessible que la position dorsale, elle est moins utile sous ce rapport que le décubitus antérieur (3).

La position pelvi-dorsale rend le champ de l'opération parfaitement libre et nullement embarrassé par la présence des cuisses de la femme; les aides peuvent sans inconvénient agir sur les côtés, en avant et en arrière du vagin, pour le dilater; la paroi antérieure de cet organe devient à peu près verticale, et partant très-accessible; cette position permet l'anesthésie, et n'est pas trop gênante (4). On peut objecter qu'elle est moins facile à supporter et plus incommode pour la respiration que la position sur le dos ou celle sur le côté.

J'apprécierai tous ces attributs propres aux différentes positions et le choix qu'il convient d'en faire, d'après des considérations relatives : 1° à la commodité ou à la gêne qu'en éprouve la femme; 2° à la facilité de l'exécution de l'opération; 3° à l'influence de ces positions sur les suites du traitement.

---

(1) Monteros, ouvrage cité, p. 102.
(2) Deroubaix, *Bull. de l'Acad. de médecine de Belg.*, t. V, n° 1.
(3) G. Simon, *Ueber die Opération, etc.*, p. 58.
(4) Id., p. 59.

Sous le premier rapport, il est certain que la position sur le dos est de toutes la plus facile à supporter, parce qu'elle n'exige aucune action musculaire et qu'elle ne maintient pas la femme dans une attitude forcée; après elle vient la position latérale, qui se trouve à peu près dans les mêmes conditions, quoiqu'à un degré moins marqué; en troisième ligne arrive la position pelvi-dorsale, qui, exigeant une inclinaison peu naturelle du tronc et précipitant les viscères abdominaux vers la poitrine, doit finir par provoquer de la gêne dans les fonctions pulmonaires et même un peu de congestion vers les régions supérieures du corps; enfin, la position sur les coudes et les genoux est de toutes la plus fatigante et la plus insupportable.

Sous le second rapport, la position sur le dos est la moins favorable, parce que, pendant son emploi, la paroi antérieure du vagin tend à s'accoler à la postérieure et à se soustraire ainsi aux manœuvres chirurgicales, et que l'usage des moyens dilatateurs est moins facile; les trois autres sont plus avantageuses, parce qu'elles permettent mieux de découvrir la région sur laquelle il faut agir : toutefois, il me paraît que la position pelvi-dorsale, qui présente la paroi vésico-vaginale dans un plan presque perpendiculaire à celui de la direction naturelle des instruments, doit mieux convenir pour l'avivement escarpé et pour la suture, mais moins pour l'avivement en biseau; la position latérale est plus commode relativement à l'action des mains du chirurgien, celle de gauche attirant tout naturellement à elle, c'est-à-dire vers l'intérieur du vagin, les bords de l'ouverture qu'il faut soulever, et celle de droite se trouvant placée tout contre la paroi sur laquelle l'opération doit s'exécuter; le décubitus antérieur permet mieux qu'aucune autre position de voir toute l'étendue de la cloison, et s'il en éloigne la partie supérieure, il en efface plus complétement les plis, les anfractuosités, les

enfoncements dans lesquels peuvent se cacher les fistules; il faut ajouter que cette position remédie mieux que les trois autres aux embarras causés quelquefois par les hémorrhagies, de même qu'à ceux résultant de la hernie de la vessie; par contre, elle est celle qui assure le moins l'immobilité de la femme, et la seule qui ne permette pas la chloroformisation.

Au troisième point de vue, on peut dire que les positions qui occasionnent le plus de fatigue et de souffrances sont aussi celles qui exposent aux suites les plus défavorables; il ne faut pas oublier non plus que, si le décubitus antérieur a des avantages qui permettent d'éviter les inconvénients immédiats de l'hémorrhagie, il rend possibles, malgré les précautions qu'on peut prendre, des accumulations de caillots dans la vessie et certains accidents consécutifs que la présence de ces corps étrangers détermine quelquefois.

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre qu'il n'est pas possible d'indiquer une position comme devant toujours être préférée à toutes les autres. Chacune d'elles peut, dans une circonstance donnée, trouver son application et présenter une utilité qui lui ferait défaut dans le traitement d'autres fistules. C'est au praticien à apprécier la somme des avantages et des inconvénients que lui offrent les différentes attitudes dans le cas spécial qui lui est soumis, et à se décider pour celle qui est le plus conforme aux exigences et aux indications particulières de ce cas. Du reste, différentes considérations personnelles concernant soit la malade, soit l'opérateur lui-même, devront contribuer à lui faire prendre sa détermination. Ainsi, il y a des femmes qui, pour des raisons relatives à leur constitution, à leur conformation particulière, à des habitudes contractées, et à beaucoup d'autres causes faciles à se représenter, peuvent ou ne peuvent pas supporter pendant un certain temps telle ou telle position. D'un autre côté, chaque praticien a des allures, des

préférences, des facilités qui lui sont propres, et qui lui font regarder comme facile et naturel ce qui paraîtrait incommode à un autre. Tel trouvera plus simple d'opérer de bas en haut, tel autre préfèrera agir de haut en bas, un troisième d'avant en arrière ou vers un côté de la femme. Comme, en définitive, il s'agit avant tout d'arriver à une bonne et facile exécution de l'opération avec le moins d'embarras possible pour la patiente et le chirurgien, il faut beaucoup moins s'attacher à choisir une position déterminée et toujours la même, qu'à adopter celle, quelle qu'elle soit, qui permet le mieux de mener cette tâche à bonne fin. Pour mon compte, je regarde le décubitus latéral indiqué par M. Sims comme le plus commode pour tout le monde, et surtout comme celui qui me donne à moi-même le plus de facilités : je l'ai généralement employé dans presque toutes mes opérations. Toutefois, je n'hésiterais pas à me servir de toute autre attitude qui, dans certaines éventualités, pourrait me paraître plus avantageuse. Dans le cas compliqué qui fait le sujet de la cinquième observation, j'ai cru devoir faire une partie de la manœuvre pendant que la femme était placée sur le dos. De pareilles nécessités pourront s'imposer quelquefois, même aux praticiens les plus habitués à se servir toujours de la même position; je conçois fort bien, par exemple, qu'on soit amené à préférer le décubitus dorsal pour des fistules très-voisines de la vulve, l'attitude sur les coudes et les genoux pour des ouvertures situées au fond d'un infundibulum ou au delà d'adhérences qui les masquent, la position pelvi-dorsale pour des cas où il est nécessaire de porter fortement en arrière la lèvre postérieure, rebroussée vers la cavité vésicale, d'une fistule dont les contours sont mal accentués, etc.

Chloroformisation. — L'opération de la fistule n'est pas très-douloureuse. Elle peut bien impatienter par sa durée, agacer par la multiplicité des petites lésions qu'elle

produit, mais il est rare qu'elle provoque des souffrances assez fortes pour qu'il soit indispensable de les supprimer par l'anesthésie. Ce n'est que lorsque la femme est dominée par une frayeur qu'on ne peut vaincre, quand elle est d'une irritabilité excessive, hystérique, déraisonnable à l'excès, ou bornée au point de résister machinalement à chaque mouvement des instruments, qu'on peut se trouver forcé de recourir au chloroforme pour la réduire à l'état d'inertie ou empêcher une trop forte impression sur son système nerveux.

Il n'est donc pas possible de s'appuyer sur le prétexte de la douleur produite pour légitimer la prescription de la chloroformisation. D'un autre côté, comme l'application de ce moyen est quelquefois incompatible avec certaines positions, et que la durée de l'opération est souvent assez longue pour que l'on puisse craindre de maintenir pendant si longtemps un état si peu rassurant que le sommeil anesthésique, ces motifs ont engagé beaucoup d'opérateurs à y renoncer et à donner l'avis de ne pas y recourir. M. Sims est de ce nombre, et quant à moi, je ne puis qu'exprimer une opinion semblable à la sienne, n'ayant jamais été forcé par aucune circonstance de me servir du chloroforme, et ayant toujours réussi à terminer mes opérations sans le secours de cet adjuvant thérapeutique.

Il y a des praticiens qui ont allégué en faveur de la chloroformisation qu'elle présente l'avantage de permettre une dilatation plus forte de la vulve et un abaissement plus facile du vagin, grâce à l'inertie dont elle frappe le constricteur de cet organe et les muscles du périnée. M. Verneuil émet cette idée, après M. Hayward (1). Je ne sais jusqu'à

(1) *Gazette hebdomadaire,* 1859, t. VI, p. 122.

quel point cet avantage est réel : je pense que la difficulté de la dilatation de la vulve dépend bien plus souvent d'une étroitesse naturelle de cet orifice, de l'accumulation de la graisse dans ses environs, de brides, d'adhérences et surtout d'un rétrécissement du détroit inférieur, que de spasmes du système musculaire, dont l'énergie, dans cette région, est si souvent amoindrie chez les femmes qui ont eu des enfants. Mais en supposant même la réalité des inconvénients résultant de la contraction du muscle constricteur, il y aurait encore à examiner si la soustraction de cet effet par le chloroforme serait assez importante pour pouvoir être mise en parallèle avec les avantages que l'on obtient en maintenant aux femmes la conscience de ce qui se passe et l'usage de leur volonté. En effet, il arrive souvent que, dans le cours d'une opération, on se procure de grandes facilités en recommandant à la patiente de changer d'attitude dans tel ou tel sens, ou d'exécuter certains efforts, soit pour uriner et faire ainsi sortir par la fistule quelques jets de liquide qui en indiquent exactement l'emplacement, soit pour pousser en bas la paroi vaginale et la rendre par ce moyen plus accessible ou plus convenablement inclinée. Cette assistance accessoire n'est pas toujours à dédaigner, et il est impossible de l'obtenir de la femme qui a perdu la faculté de comprendre ce qui se pratique et ce que l'on peut désirer d'elle.

Moyens de rendre la fistule accessible. — Considérée en elle-même, l'opération de la fistule ne présente point de difficultés beaucoup plus grandes que d'autres que l'on n'a pas l'habitude de regarder comme laborieuses. L'indication essentielle qu'elle doit remplir ne consiste, en définitive, que dans une modification régulière à apporter aux bords de la fistule, afin de les rendre propres à une réunion assez exacte et assez hermétique pour que l'urine ne puisse plus passer dans le vagin. Or, si cette simple

indication se présentait à la surface du corps, sans doute aucun chirurgien ne trouverait là des difficultés capables de lui inspirer la moindre crainte sur l'efficacité de ses moyens d'action. La profondeur de la région où il faut manœuvrer, et la difficulté que l'on éprouve à l'éclairer, à la rendre accessible, à agir sur elle avec délicatesse, précision et sûreté, sont les seules causes qui transforment l'opération en une manœuvre assez laborieuse pour qu'elle ait pu faire le désespoir des anciens chirurgiens. C'est contre ces écueils que leur sagacité et leur adresse sont venues se heurter si souvent, que les plus grands génies, avec les moyens dont ils pouvaient disposer pour les surmonter, ont dû avouer l'impuissance de l'art et déplorer l'inutilité de leurs efforts. Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, de lire quelques passages de Dieffenbach qui se rapportent à ces difficultés (1).

On conçoit donc que les Américains se soient surtout ingéniés à trouver les moyens de renverser ces obstacles; et l'on comprend qu'y ayant si bien réussi, ils aient changé le caractère de l'opération, et rendu parfaitement exécutable ce qui auparavant pouvait être regardé comme un véritable tour de force.

Je ne crains pas de l'affirmer avec M. G. Simon (2) : le plus grand progrès que les chirurgiens américains aient fait faire au traitement des fistules, c'est la découverte d'un nouveau mode d'exploration et de mise en vue de la région vésico-vaginale. En changeant à cet égard la pratique généralement employée jusqu'alors, ils ont pour ainsi dire converti une opération profonde en une opération superficielle, ils l'ont *extériorisée*, si je puis m'exprimer ainsi. La

---

(1) Dieffenbach, *Operative Chirurgie*, 1845, t. I, p. 562.

(2) G. Simon, *Ueber die Operation, etc.*, p. 62.

manière d'aviver, le mode de réunion, l'usage des fils métalliques, l'institution d'un traitement consécutif particulier, quelque utilité qu'ils présentent, ne sont pas des réformes dont il était impossible de se passer et ne constituent pas les conditions indispensables de la réussite : car il est prouvé aujourd'hui que l'on peut arriver au succès en employant d'autres procédés. Mais ce qu'on ne peut remplacer par rien, c'est le moyen de mettre le vagin à portée de l'œil et de la main du chirurgien, de manière à permettre à celui-ci d'y exécuter à son aise et sans obstacles toutes les manœuvres chirurgicales exigées par la méthode qu'il veut mettre en usage.

C'est M. Sims, il ne faut pas l'oublier, qui a apporté à la chirurgie moderne ce précieux bienfait à l'aide duquel il a changé complétement la face des choses au point de vue de la curabilité des fistules. Toutes les modifications chirurgicales qui depuis ont vu le jour et auxquelles on a tour à tour attribué la plus grande part d'influence sur les succès obtenus, eussent été frappées de stérilité et d'impuissance sans le secours préalable du moyen d'exploration inventé par le chirurgien américain.

L'instrument de ce praticien se distingue surtout par une conformation qui en met les courbures en parfaite harmonie avec celles de la partie postérieure du vagin, par le peu de place qu'il occupe dans ce canal, et par l'absence de tout contact avec la paroi antérieure de celui-ci, qu'il laisse entièrement libre et abordable aux instruments chirurgicaux. Il est tellement simple, tellement approprié aux usages qu'il doit remplir, qu'on s'est étonné, lorsqu'il a été connu, que les opérateurs n'y eussent pas songé plus tôt, et se fussent ainsi privés si longtemps du seul moyen capable de leur faire atteindre le but désiré. On n'a pas manqué, comme il arrive souvent en pareil cas, d'aller plus loin, et de contester à l'inventeur américain la

priorité qui lui en revient à si juste titre. Ainsi, l'on a voulu voir dans les spéculums employés par Jobert, Ehrmann, Neugebauer, Deyber, Metzler, Wützer, MM. Roser, Herrgott, etc., des espèces d'ébauches de celui de M. Sims. Mais il n'y a qu'à comparer ces instruments avec celui de ce dernier chirurgien pour voir que leur ressemblance, sous le rapport de la forme et de l'usage, n'est qu'apparente; et pour ne faire à ce propos qu'une seule remarque, je dirai qu'aucun ne présente la courbure dans le sens de la longueur qu'offre celui de M. Sims, et qui est si favorablement adaptée aux contours du vagin. D'ailleurs, il suffit de se rappeler la fréquence des échecs essuyés à l'époque où les premiers étaient employés, et le nombre des guérisons obtenues depuis que le dernier est entré dans la pratique, pour se faire une juste idée de ce qu'il faut penser de ces revendications tardives et de ces assimilations forcées.

En général, le spéculum de M. Sims, appliqué sur la partie postérieure du vagin pendant que la femme se trouve placée dans la position latérale, suffit amplement pour procurer un accès facile vers la fistule. Mais il est bon quelquefois, comme le recommande son inventeur, de tirer en même temps profit du pouvoir réflecteur de sa gouttière, afin d'éclairer la cloison au moyen d'un rayon de lumière naturel ou artificiel.—Jobert croyait qu'il était utile de dilater plus amplement le vagin au moyen de leviers lamelliformes appliqués latéralement et en avant de l'organe (p. 85); en outre, il abaissait l'utérus avec des pinces de Museux implantées dans son col, pour amener le plus possible la fistule vers la vulve. M. G. Simon pense que, lorsque la mise à jour de l'orifice anormal peut avoir lieu au moyen de l'abaissement de la matrice, il y a toujours avantage à le faire : seulement il traverse pour cela les deux lèvres du col utérin par deux lacs de fil fort, et

exerce ensuite sur eux les tractions nécessaires; quand la fixité de l'utérus s'oppose à son déplacement, ce qui est le cas le plus ordinaire, il emploie des instruments dilatateurs, consistant le plus souvent dans un spéculum de M. Sims modifié, un autre spéculum destiné à agir sur la région pubienne du vagin, et deux leviers lamelliformes pour les parties latérales de l'organe (p. 149) (1). MM. Esmarch (2), Simpson, et récemment quelques autres chirurgiens, ont cherché à modifier le spéculum de manière à ce qu'une fois appliqué, il restât en place sans le secours d'un aide. Plusieurs fabricants d'instruments de chirurgie, MM. Charrière et Mathieu entre autres (3), y ont apporté à leur tour quelques changements.

A mon sens, toutes ces modifications et ces manières de procéder qui s'éloignent plus ou moins du moyen simple et commode conseillé par M. Sims, ne présentent pas à beaucoup près, du moins d'une manière constante, les avantages que leur attribuent leurs auteurs. Je ne conteste pas que l'abaissement de l'utérus puisse quelquefois être d'une certaine utilité; mais je pense qu'il doit très-souvent plisser la paroi vaginale au point de cacher la fistule au lieu de la mettre en évidence. (Obs. II). La modification du spéculum qui permet de l'empoigner à deux mains suppose l'intention de le faire maintenir et appuyer avec force en arrière, chose inutile et de plus dangereuse, comme l'a démontré M. Sims (4). La multiplicité des instruments engagés dans le vagin procure, dit-on, la tension de ses parois et l'ampliation de sa cavité, mais il

---

(1) G. Simon, *Ueber die Operation, etc.*, 1862, p. 63.

(2) *Deutsche Klinik,* 1858, n° 27, p. 264.

(3) Follin, ouvrage cité, p. 9, et Churchill, ouvrage cité, p. 901.

(4) Deroubaix, *Considérations sur l'opération de la fistule vésico-vaginale,* in *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique,* 1862

est aussi certain qu'elle gêne les manœuvres du chirurgien et embarrasse les alentours de la malade par le grand nombre d'aides qu'elle réclame. Selon moi, l'immobilisation du spéculum sur le bassin, employée d'une manière générale, loin d'être un bien, serait un mal : car elle empêcherait de faire subir à l'instrument ces mouvements divers qu'il est si souvent nécessaire de lui imprimer pour les faire servir aux nécessités des différents temps de la manœuvre opératoire. Ce sont donc là des changements qui, loin de pouvoir être substitués au mode d'exploration américain, sont entachés de défauts qui doivent en faire restreindre beaucoup l'usage. Il ne serait pas raisonnable, peut-être, de les rejeter d'une manière absolue; mais il ne faut les réserver que pour des circonstances peu ordinaires, et comme ressources propres à remplir une indication fortuite et particulière. Je dois dire que je n'ai jamais eu besoin de les appeler à mon secours dans le traitement d'aucune des fistules qui se sont offertes à ma pratique.

Si l'emploi du spéculum est le moyen principal de se procurer un accès facile vers la fistule, il n'est cependant pas le seul. On a encore recommandé, outre l'abaissement de l'utérus et les leviers dilatateurs, d'autres expédients propres à servir de complément au mode d'exploration principal. Je vais indiquer successivement ces expédients, que le praticien sera toujours bien aise de trouver à sa disposition, même s'il n'est pas disposé à les regarder comme indispensables.

M. Verneuil a indiqué un certain nombre de ces moyens dans un travail qu'il a inséré, en 1862, dans le *Bulletin de thérapeutique* (1). Parmi ceux dont ce mémoire donne la description, il en est dont on ne se soucierait plus de

---

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. LXII, p. 497.

faire usage aujourd'hui : ainsi les griffes et les érignes de Dieffenbach et de Jobert (pp. 65 et 85), l'introduction du doigt dans la vessie par une ouverture faite à l'urèthre (Sanson (1), Lenoir (2), Polak (3)), la périnéotomie, (MM. Baker-Brown (4), Maisonneuve (5)), sont des moyens qu'en présence des perfectionnements modernes on pourrait avec raison considérer comme barbares. Mais il en est d'autres qui peuvent encore constituer aujourd'hui des ressources utiles. Je rangerai parmi ceux-ci :

L'index recourbé et introduit dans la fistule (6);

L'anse de sonde de caoutchouc passée dans la fistule par le canal de l'urèthre et ramenée à l'extérieur par le vagin (7);

Le bout de sonde introduit dans la vessie par l'urèthre, et retenu au moyen d'un lacs sortant par la fistule (8) (p. 181);

La sonde à double crochet s'écartant dans la vessie après avoir été introduite dans la fistule par le vagin (9);

La sonde, le gros cathéter de bois ou de baleine portés dans la vessie par l'urèthre, et servant à déprimer la fistule (10);

---

(1) Michon, *Thèse de concours*, 1841, p. 82.

(2) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*, t. II, p. 525.

(3) Freund, ouvrage cité, p. 101.

(4) Baker-Brown, *On vesico-vaginal fistula*, 1858, p. 14.

(5) Maisonneuve, *Clinique chirurgicale*, 1864, t. II, p. 669.

(6) Malagodi, *Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 498.

(7) Reybard, *Communication à l'Académie de médecine de Paris*, 1855.

(8) Bourguet, d'Aix, *Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 72.

(9) Leroy-d'Étiolles, Mémoire cité, 1842, p. 20.

(10) Lallemand; Hayward (*American Journal*, 1839, t. XXIV, p. 283); Baker-Brown, *On vesico-vaginal fistula*, Obs. de M. K***.

Le cathéter d'homme retourné dans la vessie pour accrocher et attirer les parties situées derrière la fistule (1);

L'anse de fil passée à travers la lèvre antérieure ou postérieure de la fistule, suivant le besoin (2);

L'introduction, à travers l'angle inférieur des fistules longitudinales, d'un premier fil qui sert à attirer ensuite la fistule en bas (3);

L'usage des premiers points de suture pour exécuter une traction sur l'orifice (4).

A ces moyens indiqués par M. Verneuil, on peut ajouter :

L'ampoule de caoutchouc portée dans la vessie par la fistule, et insufflée par un tube muni d'un robinet sortant par le vagin (5);

Les crochets aigus à petite courbure de M. G. Simon pour saisir et distendre les bords de l'ouverture (6);

L'instrument à érignes divergentes de M. Chassaignac, introduit dans la vessie par l'orifice, et retiré ensuite à l'extérieur avec celui-ci (7);

Le stylet armé de pointes aiguës qui s'implantent dans les parois des fistulettes quand on le retire (8);

L'instrument de M. Mazzucchelli, de Pavie, formé par

---

(1) Kilian, *Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers*, 1856, p. 349.

(2) Foucher, Nélaton, *Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 500.

(3) Kilian, ouvrage cité, p. 352. — Morel-Lavallée, Verneuil, *Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 500.

(4) Malgaigne, Verneuil, *Bulletin de thérapeutique*, t. LXII, p. 500.

(5) Foucher, *Gazette des Hôpitaux*, 1862, n° 40, p. 359.

(6) G. Simon, *Ueber die Operation, etc.*, p. 66.

(7) Freund, ouvrage cité, p. 100.

(8) Banon, in Garnier, *Dictionnaire des progrès des sciences et institutions médicales*, 1866, p. 324.

une canule qu'on introduit dans la vessie par la fistule. A l'extrémité de cette canule se développent, sous la forme d'une ombrelle, plusieurs baguettes métalliques mues par un stylet central. Cet instrument a quelque analogie avec celui de Leroy-d'Étiolles (1).

Dans ma pratique, je suis toujours parvenu facilement à la fistule et j'ai pu la soumettre aux opérations nécessaires en employant l'un des procédés suivants :

La dépression, au moyen du doigt d'un aide, de la saillie de la cloison vésico-vaginale située au-dessous de la fistule (Obs. I);

L'introduction du doigt indicateur gauche dans la fistule pour redresser un bord rebroussé en dedans (Obs. V). (Dans le cas de cette observation, j'ai employé ce moyen concurremment avec la dépression d'une portion de paroi vaginale à l'aide d'un petit plioir de bois);

L'usage d'une sonde de femme, introduite dans la vessie par le canal de l'urèthre, afin de porter en bas et en arrière la région de la fistule (Obs. I, XII, XVIII, etc.);

L'abaissement de la lèvre inférieure de l'ouverture au moyen du crochet mousse de M. Sims engagé dans l'orifice par le vagin (Obs. I, etc.);

Le passage, à travers le milieu des deux lèvres de l'orifice, d'un fil sur lequel un aide tire en bas et en arrière, de manière à retourner les bords vers le vagin et à les rapprocher comme ceux d'une boutonnière (Obs. VII);

L'introduction d'un fil à travers la paroi vaginale du pont séparant deux fistules (Obs. II, deuxième opération);

Le placement de plusieurs fils à suture sur une portion des bords de la fistule déjà avivée, de manière à pouvoir

(1) *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*. Février 1869.

s'en servir pour rendre le reste du pourtour plus apparent (Obs. XIX);

L'introduction d'un fil double à travers la lèvre antérieure du col utérin, pour procurer l'accès d'une fistule vésicale cervico-utérine (Obs. XVI);

L'abaissement du col utérin avec un ténaculum, pour rendre plus facile la manœuvre sur la partie supérieure d'un cloaque vésico-vaginal (Obs. V);

Enfin l'accrochement et l'abaissement, avec un ténaculum, de la portion de vagin située en dessous de la portion de la fistule qui doit être avivée (Obs. IV, XI, XIII, XV).

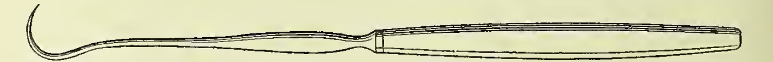
J'ai fait mention de ce dernier moyen dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie, en 1863 (1), et déjà à cette époque je le recommandais à l'attention des praticiens. Aujourd'hui que j'ai eu bien des fois l'occasion de l'apprécier, je ne puis qu'insister encore davantage sur son utilité. Il est surtout précieux quand la fistule est cachée au fond d'un infundibulum, lorsque des plis vaginaux la recouvrent, dans le cas de cystocèle, ou même quand l'orifice anormal est seulement placé très-haut. Il offre l'avantage de rendre apparente et facilement attaquable, sans l'encombrer, la région où les instruments doivent agir, contrairement à ce qui se produit lorsqu'on se sert de sondes, tiges, crochets, anses de ruban, ampoules de gomme passés à travers la fistule. Avec un peu d'attention, on peut facilement dérober l'instrument à la rencontre de ceux que l'opérateur fait manœuvrer dans le vagin, en le cachant, au moyen d'une pression exercée sur lui, dans une rigole de la paroi antérieure de cet organe, en même

---

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*, p. 300.

temps qu'on en porte le manche vers le pubis. D'ailleurs, si l'on craignait qu'il ne gênât, on pourrait facilement le remplacer par un fil passé à travers la même partie de la cloison; mais alors on se priverait de la faculté de pousser celle-ci en avant, ce qui peut quelquefois devenir nécessaire.

Rien n'est plus innocent que cette utile manœuvre quand elle est pratiquée avec prudence : ce qui s'explique par la tolérance et le peu de sensibilité du vagin, surtout à l'endroit où l'application en est le plus utile, c'est-à-dire au milieu de la paroi. Rien aussi n'est plus facile : il faut seulement avoir soin de se servir d'un ténaculum dont la courbure appartienne à un cercle d'un centimètre et demi



de diamètre seulement, et qui offre un peu plus de résistance que les ténaculums ordinaires; il faut encore prendre garde, tout en embrassant une épaisseur suffisante de tissu, de dépasser la limite de la face externe du vagin proprement dit, ce qui n'est pas difficile pour celui qui connaît l'anatomie de la région. Lorsque la traction est exercée dans ces conditions, la vessie reste en place ou à peu près, la paroi vaginale glisse sur elle, grâce à l'extrême laxité du tissu conjonctif interposé entre les deux organes, et l'orifice fistuleux, dont les parois vésicale et vaginale sont soudées, est retourné en arrière et en bas de manière à venir se présenter pour ainsi dire de lui-même à l'opérateur.

Traitement par agrandissement de la fistule.

Le simple énoncé de cette méthode de traitement semble constituer un paradoxe. En effet, il est difficile de com-

prendre que l'on veuille guérir une incontinence d'urine dépendant d'une ouverture de la poche vésicale, en augmentant l'étendue de cette ouverture. Cette opération cependant a été proposée par M. Fabre (1) et exécutée par MM. Moulinié (2) et Chassaignac (3), ce dernier, à la vérité, dans un cas où l'état de faiblesse extrême de la malade ne permettait pas de recourir aux moyens ordinaires. Ces praticiens se sont fondés sur une prétendue analogie qui existerait entre les fistules vésico-vaginales et les fistules à l'anus, et ont cru qu'en réunissant l'orifice anormal de la vessie au méat uréthral, au moyen de l'incision (MM. Moulinié, Fabre) ou de l'écrasement linéaire (M. Chassaignac) de la substance intermédiaire à ces deux ouvertures, on parviendrait à remédier à l'incontinence d'urine. Il est probable que, d'après leur manière de voir, la paroi supéro-antérieure du canal de l'urèthre était comparée à la surface profonde du trajet de la fistule anale, le vagin au rectum, le méat urinaire à l'orifice extérieur du conduit fistuleux creusé à côté de l'intestin; et que la division réunissant ces différentes parties devait produire dans les deux cas des résultats à peu près semblables ou du moins amener une amélioration marquée. — Leroy-d'Étiolles (4) avait pensé à une autre espèce de traitement par agrandissement de la fistule : c'est celui qui aurait consisté dans des incisions pratiquées à ses angles et combinées avec l'avivement de ses bords; il admettait que peut-être, en convertissant ainsi en une plaie oblongue une ouverture ovale ou ronde, le rapprochement

(1) Fabre, ouvrage cité, t. I, p. 186.
(2) Leroy-d'Étiolles, Mémoire cité, 1842, p. 27.
(3) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris,* 1861, 2e série, t. II, p. 582.
(4) Mémoire cité, p. 27.

consécutif des angles aurait pu s'étendre jusqu'à la partie moyenne de la solution de continuité.

M. Chassaignac, ayant remarqué après son opération une amélioration dans la faculté de conserver les urines, en ce sens que la femme avait pu finir par les retenir pendant une heure et un quart, crut pouvoir expliquer ce fait en disant que les fibres musculaires divisées du col vésical et de l'urèthre avaient agi sur la partie cicatricielle de la nouvelle ouverture et joué à son égard le rôle d'une espèce de sphincter de nouvelle formation. Partant de cette supposition, il avait poursuivi le traitement en touchant tous les jours les bords de la plaie avec le nitrate d'argent.

MM. Huguier et Verneuil se sont élevés contre cette méthode opératoire (1), en alléguant surtout le danger qu'il y a à détruire le sphincter vésical. En outre, le premier de ces chirurgiens exprima l'opinion que l'amélioration constatée par M. Chassaignac avait fort bien pu dépendre du simple gonflement provoqué momentanément par l'opération; et pour ce qui concerne la formation d'un nouveau sphincter autour de la fistule, il fit remarquer que la disposition des fibres musculaires de la vessie rendait bien difficile à comprendre l'établissement de cet anneau contractile. M. Verneuil, considérant que les fistules les plus rebelles sont précisément celles qui intéressent le col vésical, par la raison que souvent, dans ces affections, le sphincter ne peut être reconstitué, soutint que l'opération de M. Chassaignac était de nature à changer une fistule d'une variété bonne en une fistule d'une variété mauvaise, nécessitant une opération longue, incertaine et difficile. Quelque rétrécissement que cette manœuvre

---

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris,* 1861, 2e série, t. II, p. 583.

déterminât dans l'orifice anormal, il ne lui serait pas possible, dit-il, de faire cesser l'incontinence, car celle-ci ne dépend pas de la grandeur de la fistule; d'ailleurs, il était à craindre qu'en poussant trop loin le rétrécissement, on n'arrivât à une oblitération complète. — Leroy-d'Étiolles avait déjà fait observer (1) qu'après une telle opération, les parois incisées se rétractent et ne laissent que de légers reliefs dont la réunion ne peut plus avoir lieu, de sorte qu'alors la restauration de l'urèthre ne saurait plus être obtenue que par l'autoplastie.

Toutes ces objections sont plausibles et doivent évidemment détourner les praticiens de cette singulière méthode, qui heureusement n'a été, que je sache, adoptée ni mise en usage par personne depuis la tentative de M. Chassaignac. Mais il y a encore d'autres considérations qui doivent faire proscrire absolument cette opération : c'est que la base sur laquelle on l'appuie, c'est-à-dire l'analogie qui existerait entre elle et celle qui se pratique pour la fistule à l'anus, est complétement fausse et illusoire. Dans cette dernière affection, il y a, derrière le trajet anormal qu'on a réuni au rectum, une paroi susceptible de donner lieu à un bourgeonnement qui, en se développant de plus en plus, finit par se mettre de niveau avec les bords du sphincter incisé, et par former ainsi avec eux une plaie unique dont la circonférence tend à se rétrécir de jour en jour et à se réduire à une cicatrice peu étendue et solide : de sorte qu'après la guérison, les fibres musculaires divisées se trouvent réunies par une petite portion de tissu fibreux et reprennent naturellement leurs fonctions primitives. Dans la fistule vésico-vaginale, au contraire, il n'y a point, au-devant de l'ouverture formée

(1) Mémoire cité, p. 27.

par l'opération, de plan formé de granulations sur lesquelles les bords de l'incision puissent prendre un point d'appui pour se réunir secondairement : car ce plan est muqueux et recouvert d'un épithélium qui s'oppose à l'agglutination. D'ailleurs, s'il n'en était pas ainsi, les conditions n'en seraient que plus mauvaises, puisqu'alors la cicatrisation aurait pour résultat une oblitération complète du trajet incisé, c'est-à-dire de l'urèthre; or, cette oblitération, qui est un moyen de guérison dans l'opération de la fistule à l'anus, serait ici le signal d'accidents auxquels il faudrait remédier au plus vite en détruisant les adhérences obtenues. L'analogie qu'on invoque est donc tout à fait imaginaire, et quant au mode de cicatrisation et quant au résultat qu'il faut rechercher; il n'en existe que dans la disposition des tissus incisés par rapport aux canaux et aux orifices naturels ou accidentels du voisinage. C'est là, on le comprend, une ressemblance qui seule ne peut avoir aucune valeur au point de vue des indications thérapeutiques.

Traitement par oblitération.

Traitement par oblitération directe.

Oblitération médiate.

Cette manière de procéder à l'oblitération directe a pour caractère essentiel de produire d'abord sur le pourtour de la fistule une modification qui le fait suppurer, le recouvre de granulations, et le met à même de se réunir plus tard

par seconde intention, soit spontanément, soit à l'aide de quelques moyens adjuvants.

L'oblitération médiate peut être poursuivie par trois moyens principaux, qui sont : 1° la cautérisation; 2° la scarification, et 3° la rugination.

Cautérisation. — Il est indubitable que des guérisons ont été obtenues par ce moyen : Dupuytren (1), Sanson, Delpech (2), Kennedy (3), Baxter, Keith, Dieffenbach (4), Colombat (5), Chélius (6), MM. Simon (7), Bedfort (8), Habit (9), Nélaton (10) et d'autres (11) l'ont employé avec plus ou moins de succès. Dieffenbach qui, malgré son immense habileté, n'avait réussi à guérir par la suture qu'une seule des nombreuses fistules qu'il avait eu à traiter, était cependant parvenu à oblitérer une certaine quantité de petits orifices au moyen de la cautérisation (12). En Italie, la cautérisation a encore aujourd'hui de nombreux partisans, malgré les essais, souvent malheureux il est vrai, qu'on y a faits de la suture américaine.

---

(1) Roche et Sanson, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale.* Bruxelles, 1829, t. IV, p. 188.

(2) *Bulletin général de thérapeutique,* 15 novembre 1857.

(3) *Dubl. Journ. of med. scienc.,* n° 5, 1852.

(4) Dieffenbach, ouvrage cité, 1845, vol. I, p. 572.

(5) Columbat, *Traité des maladies des femmes,* t. II.

(6) Chélius, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch Cauterisation.* Heidelberg, 1844.

(7) *Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie,* v. von Scanzoni, pp. 178, 183, 185.

(8) Bedfort, ouvrage cité, p. 145.

(9) *Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte zu Wien.,* 1859, n°s 40 et suivants.

(10) Monteros, Thèse citée, p. 35.

(11) Freund, ouvrage cité, p. 95.

(12) Herrgott, ouvrage cité, p. 7.

MM. Rizzoli, Lesi, Belvederi, Crescimbeni, Belluzzi disent en avoir obtenu les plus remarquables résultats (p. 172). Elle m'a valu à moi-même une guérison (Obs. XVIII). Mais à côté de ces succès, on peut citer un grand nombre de non-réussites positives, et il faut dire aussi que beaucoup d'observations qui ont été publiées pour prouver l'efficacité de la méthode, laissent du doute quant à la réalité des résultats que leurs auteurs prétendent avoir obtenus. Les annales de la science abondent malheureusement en faits équivoques de cette nature, qui prouvent seulement les illusions dont se laissaient volontiers bercer beaucoup d'anciens praticiens.

En présence de ces résultats contradictoires, il est fort important de rechercher quelles sont les circonstances qui favorisent les uns et celles qui exposent à faire naître les autres. Pour pouvoir les déterminer, il convient, me paraît-il, de considérer surtout les phénomènes qui accompagnent et suivent l'application de la cautérisation.

Aussitôt qu'un agent cautérisant vient à être porté sur les lèvres d'une fistule, celles-ci se crispent et se resserrent, d'une part sous l'influence de la modification chimique imprimée aux tissus, de l'autre sous celle de l'afflux de liquides qui en est le résultat. La variation du degré de cet effet dépend uniquement de la différence dans la force du modificateur employé et dans l'étendue et le mode de son application. C'est à ce resserrement que l'on doit l'occlusion momentanée de certaines fistules et la rétention de l'urine que l'on observe si souvent immédiatement après la cautérisation. Lorsqu'à ces phénomènes initiaux succède la suppuration, une détente a lieu et l'on voit ordinairement alors l'incontinence reparaître. Après que la pellicule ou l'escharre sont tombés, les bords de la fistule, recouverts de leurs granulations, commencent à

exercer leur force de rétraction de la manière que j'ai indiquée au chapitre de la physiologie pathologique (p. 285). Cette force étant en raison directe de la surface des bourgeons, il en résulte qu'elle est beaucoup plus puissante dans le sens concentrique que dans celui de la paroi vaginale à la paroi vésicale. Cependant, comme le contact du corps étranger représenté par le flot de l'urine agit constamment en sens inverse du rétrécissement de l'orifice et contrarie ainsi la rétraction concentrique, il y a là une compensation qui rend la prépondérance de celle-ci moins marquée. En somme, il doit arriver, si le diamètre de la fistule est moindre que la hauteur de la cloison vésico-vaginale, qu'il se produise, avant que la cicatrisation verticale soit effectuée, un rapprochement et un contact intime des bourgeons; or, ceux-ci étant tout disposés à adhérer quand ils se touchent, il y a alors à espérer que l'oblitération aura lieu. Si, au contraire, le diamètre de la fistule est de beaucoup supérieur à l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, la rétraction perpendiculaire ayant ordinairement achevé la cicatrisation des bords avant que ceux-ci aient pu se rejoindre dans le sens centripète, l'oblitération est nécessairement compromise par le fait que la tendance au resserrement n'agit plus que sur un ourlet impropre à l'adhésion. Tout au plus cette puissance peut-elle alors s'épuiser dans la production d'un rétrécissement plus prononcé de l'ouverture, sans jamais parvenir à effectuer une occlusion complète. — Il est donc naturel d'admettre que les petites fistules peuvent se fermer sous l'influence des modifications que la cautérisation leur imprime, mais qu'il est beaucoup plus difficile de pouvoir espérer un résultat semblable après l'emploi du même moyen sur des ouvertures dépassant une certaine étendue, par exemple deux centimètres de diamètre.

Ces considérations sont en concordance avec les opinions et les observations de la plupart des chirurgiens (Dieffenbach, Deyber, Follin, Bérard, M. Freund, etc.). Il y en a cependant qui affirment avoir guéri par la cautérisation de très-grandes fistules. Dupuytren (1) avait cette prétention, et M. Nélaton (2) affirme avoir vu s'oblitérer de cette manière plusieurs ouvertures très-larges, une entre autres de cinq centimètres et demi. On peut, à la rigueur, comprendre encore cette heureuse terminaison, en admettant, comme Follin (3), une adhésion progressive des granulations situées aux angles de la plaie. Mais il serait présomptueux de trop compter sur une telle faveur de la nature, et les cas de cette espèce doivent être considérés comme déterminés par des dispositions particulières qu'il est impossible au chirurgien de reconnaître ou de faire naître pour les besoins du traitement.

Différents moyens ont été employés pour modifier les surfaces des fistules : Dieffenbach employait la teinture de cantharides (4); M. Verneuil a mis en usage la teinture d'iode et l'ammoniaque (5); un grand nombre de chirurgiens ont préféré le nitrate d'argent; Ehrmann se servait du nitrate acide de mercure (6); Dupuytren et Delpech, du fer rouge; MM. Langenbeck, Nélaton (7), Paget (8),

---

(1) Roche et Sanson, ouvrage cité, t. IV, p. 188.

(2) Monteros, Thèse citée, p. 35.

(3) Follin, *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales,* 1860, p. 44.

(4) Monteros, ouvrage cité, p. 32.

(5) *Archives générales de médecine,* 1862, t. XIX, p. 57.

(6) Deyber, Thèse citée, p. 47.

(7) *Bulletin de thérapeutique,* 1857, t. LIII, p. 414.

(8) West, ouvrage cité. Göttingen, 1860, p. 712.

Grunewaldt (1), Follin (2), Snow-Beek (3), Debout (4), du galvano-cautère.

Autrefois on avait imaginé différents instruments pour porter le cautère potentiel sur les bords de la fistule. Colombat avait inventé un porte-caustique en forme de Z, qu'il nommait *vagino-causte* et dont l'extrémité était mobile pour pouvoir agir avec le nitrate d'argent dans toutes les directions (5); Lallemand employait une espèce de bague qu'il fixait sur le sommet de l'indicateur, et dans le chaton de laquelle se trouvait enchâssé le crayon de pierre infernale (6); Flamant se servait d'un instrument composé de deux tiges réunies dans leur milieu par une goupille, et dont l'une, armée du nitrate, entrait dans une gaîne que portait l'autre à son extrémité : au moment d'en faire usage, on faisait sortir le caustique de sa gaîne au moyen d'un mouvement de bascule (7). Tous ces instruments sont devenus aujourd'hui superflus, grâce au spéculum américain : une simple pince, ou bien celle qui sert à la torsion des fils d'argent et dont on aurait amplifié les mors, peut parfaitement suffire à tous les cas que l'on peut rencontrer. Chélius conseillait de toucher avec la pierre non-seulement l'ouverture fistuleuse, mais encore ses alentours, de manière à former là une espèce de disque. M. G. Simon, au contraire, préfère introduire le caustique dans l'ouverture, et l'y laisser jusqu'à forma-

---

(1) *Ueber die Galvanokaustik in der Gynäkologie,* in *Petersburg. mediz. Zeitschr.*, t. I.

(2) Follin, ouvrage cité, p. 45.

(3) *Medical Times,* avril, 1857.

(4) *Bulletin de thérapeutique*, t. LIII, p. 353.

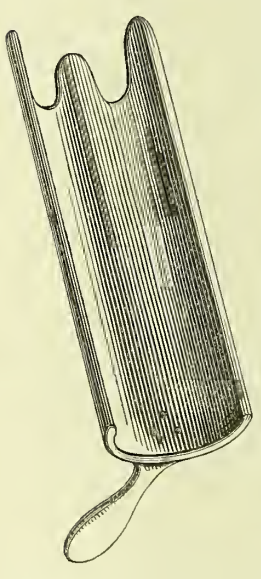
(5) Colombat, ouvrage cité, t. II, p. 477.

(6) Deyber, ouvrage cité, p. 46.

(7) Id., p. 47.

tion d'une eschare qui la ferme (1). Dans tous les cas, la cautérisation achevée, tous ces chirurgiens conseillent de pousser une ou deux injections dans le vagin.

Pour l'application du cautère actuel, on s'est servi d'un fer dont l'extrémité recourbée présentait la forme et la grandeur de la fistule, ou simplement un bouton plus ou moins volumineux : le premier de ces instruments était employé quand on voulait simplement agir sur l'orifice; le second, lorsqu'on avait l'intention de le promener sur son pourtour. On a aussi conseillé des moyens protecteurs de différentes espèces, et surtout des spéculums d'une forme particulière.



Avec le spéculum américain, je crois qu'il suffit de se servir, comme moyen adjuvant, d'une gouttière mince de bois ayant la forme figurée ci-contre, et recouverte d'une bandelette de linge humide, convenablement enroulée autour de l'instrument. Celui-ci est appliqué sur la paroi antérieure du vagin et poussé à la rencontre du spéculum de manière à laisser passer la fistule par une de ses échancrures terminales; lorsque les deux gouttières se touchent, la presque totalité du vagin se trouve garantie contre l'action du feu, et les parties qu'il faut attaquer sont seules soumises à son influence. Les mêmes précautions peuvent être prises pour l'application du galvano-cautère, auquel on donne aussi une forme particulière, soit en bouton, soit en plaque, en contournant en spirale ou en aplatissant le fil de platine

(1) Freund, ouvrage cité, p. 96.

terminal, suivant qu'on veut cautériser seulement l'orifice ou un disque en circonscrivant le pourtour. Dupuytren (p. 41) ne faisait qu'effleurer les bords de l'ouverture fistuleuse pour y produire une simple excoriation; Delpech (p. 41) les attaquait plus profondément et cherchait à obtenir des eschares; Velpeau (1) portait le fer rouge sur la portion vaginale de la fistule; M. Herrgott (p. 166) (2) a donné le conseil de tracer, avec un petit cautère d'acier, un cercle ponctué à un demi-centimètre de la fistule, puis d'en cautériser le centre. Jules Cloquet (3) a indiqué un procédé consistant à n'attaquer que les points des bords les plus rapprochés l'un de l'autre, c'est-à-dire les angles, afin d'y déterminer l'accolement des bourgeons et une adhésion partielle qu'on poursuit ensuite par de nouveaux attouchements. Leroy-d'Étiolles a proposé de pratiquer la cautérisation suivant des rayons convergeant vers le milieu de l'orifice (p. 59) (4), pour faire d'abord ce qu'il appelait la cautérisation *approximative*, c'est-à-dire tendant à rapprocher les bords de la fistule; ce n'est qu'après avoir obtenu ce premier effet qu'il voulait qu'on fît l'attouchement des bords eux-mêmes pour exécuter la cautérisation *adhésive* proprement dite.

L'espèce d'agent caustique employé et la manière particulière dont il a été mis en usage doivent exercer une grande influence sur le résultat immédiat et consécutif de la cautérisation; il n'est par conséquent pas indifférent de faire un choix parmi ces moyens, et ce choix sera basé sur les indications particulières que présentent les différentes

---

(1) Monteros, ouvrage cité, p. 30.

(2) Herrgott, *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale, etc.* Paris et Strasbourg, 1864, p. 27.

(3) Monteros, ouvrage cité, p. 30.

(4) Leroy-d'Étiolles, Mémoire cité, 1842, p. 5.

fistules. La teinture de cantharides et l'ammoniaque, produisant plutôt une vésication qu'une cautérisation (bien entendu sur des tissus recouverts encore de leur épithélium), ne sont point susceptibles d'amener des changements assez profonds pour être suivis d'une grande rétraction inodulaire : il ne faudrait donc pas y songer pour des fistules d'un certain diamètre; aussi leur usage est-il surtout indiqué quand il s'agit de modifier simplement les bourgeons charnus en leur imprimant un peu plus d'activité. On peut en dire autant de la teinture d'iode, dont l'effet comme cathérétique est aussi assez faible. Le nitrate d'argent a une puissance escharotique un peu plus grande, et peut par conséquent servir à l'oblitération d'ouvertures plus étendues. Le nitrate acide de mercure pénètre plus avant que la pierre infernale, produit des pertes de substance plus épaisse, des surfaces bourgeonnantes plus vivaces, et par conséquent des phénomènes rétractiles plus marqués. Parmi les cautères, le plus énergique, sans contredit, est le fer rouge : la force rayonnante de son calorique est beaucoup plus intense que celle du galvano-cautère; il crispe davantage les parties qu'il touche et produit des eschares beaucoup plus épaisses et plus larges : il a donc une action qui le rend plus propre au traitement des fistules d'une certaine dimension, sans lui faire perdre cependant son efficacité dans les ouvertures d'un petit diamètre. Le galvano-cautère a de son côté une supériorité marquée sous le rapport de la facilité que l'on a de le placer exactement où l'on veut, et d'en faire agir le calorique au moment où tout est favorablement disposé, et ni plus ni moins longtemps qu'on ne le désire : on peut ainsi en limiter plus exactement l'action et la conduire avec plus de précision; mais il produit des effets moins énergiques et moins profonds que le cautère actuel, comme le prouve son inefficacité comme hémostatique. — En vertu

de la loi qui établit que la rétraction des tissus inodulaires est en raison de l'étendue de leur surface, il est évident que plus la zone d'application de la cautérisation est grande, plus le resserrement consécutif doit être énergique : il serait donc rationnel de donner toujours autant d'extension que possible à l'action du moyen employé, si d'autres considérations que je vais indiquer ne s'opposaient à ce qu'on la portât au delà de certaines limites. La double cautérisation de Leroy-d'Étiolles me paraît une complication inutile, difficile dans son emploi et nuisible dans ses résultats, en ce qu'elle a pour effet de froncer, de rendre inégaux et rugueux des bords qui doivent au contraire conserver une surface lisse pour se prêter convenablement à la réunion. La manière d'agir indiquée par Jules Cloquet peut avoir du bon, et je crois qu'il ne faut pas la rejeter absolument, d'autant plus qu'elle est prudente et peu dangereuse; cependant il faut ajouter que dans les petites fistules, elle n'offre aucun avantage, et que dans les grandes, elle a l'immense inconvénient, comme celle de Leroy-d'Étiolles, de prolonger démésurément un traitement que d'autres opérations pourraient mener à bonne fin d'une manière beaucoup plus expéditive et plus certaine.

Un point assez important du traitement par la cautérisation, c'est celui de l'époque où il convient d'en pratiquer de nouvelles lorsque les précédentes n'ont amené qu'une simple amélioration, sans occlusion complète. M. Verneuil applique la teinture d'iode tous les jours ou tous les deux jours; Dupuytren mettait vingt jours entre chaque cautérisation avec le fer rouge; Delpech un peu moins; M. Nélaton a mis un mois d'intervalle entre deux cautérisations électriques (1). — Il me paraît qu'ici encore

(1) Monteros, ouvrage cité, p. 33.

il n'y a point d'époques fixes et invariables à établir. Évidemment, la chute des eschares, la marche de la suppuration et celle de la cicatrisation ne se font point toujours de la même manière, non-seulement après l'application des différentes espèces d'agents caustiques, mais encore chez les différentes patientes; et les règles qu'il convient de suivre à ce sujet doivent puiser leurs raisons, non dans le temps écoulé, mais dans l'état des parties. En thèse générale, il est de précepte en chirurgie de ne renouveler l'application des caustiques que lorsque les effets en sont épuisés; or, dans le cas présent, ces effets ne disparaissent que lorsque l'inflammation qui accompagne l'élimination des eschares est tombée et que la rétraction centripète du tissu inodulaire a cessé : c'est donc ce moment qu'il est convenable de choisir pour la répétition de la manœuvre. On comprend que ce moment peut être très-rapproché de l'opération précédente quand celle-ci n'a produit que des modifications superficielles, et qu'au contraire, il peut en être très-éloigné lorsqu'elle a provoqué des changements profonds, exigeant une longue série d'actes de physiologie pathologique avant d'aboutir à l'établissement d'un état stationnaire et définitif dans la partie opérée.

On a adressé à la cautérisation des reproches qui ne sont pas dénués de fondement. On a dit que les caustiques légers ne produisent pas une surface assez vivace, assez bourgeonnante pour qu'on puisse en espérer une rétraction susceptible d'arriver jusqu'à l'adhérence; et que les caustiques plus énergiques, après avoir déterminé d'abord un boursouflement qui rapproche les bords de l'orifice au point de faire croire à son occlusion, laissent à la suite de leur application une eschare dont la chute écarte ces bords juste au moment où ils seraient disposés à entrer en coalescence. On a encore allégué que lorsque les caustiques qui ont pour effet une mortification étendue ne produisent pas

l'occlusion de la fistule, on est exposé à voir celle-ci s'agrandir à la suite de l'opération, ce qui diminue les chances de guérison par d'autres méthodes. On a fait observer ensuite que les cautérisations nombreuses et successives rendent la circonférence de l'ouverture inégale, dure et bosselée, c'est-à-dire fort impropre à subir avantageusement l'avivement et la suture, si plus tard on les juge nécessaires. On a rappelé que souvent le cautère actuel a irrité les parties voisines et surtout l'intérieur de la vessie, par la fumée épaisse et chaude qui est le résultat de l'ustion et qui ne peut trouver une issue facile dans des parties aussi profondément placées. Enfin, on a dit que la cautérisation, au lieu de produire des granulations favorables à l'adhérence, peut engendrer des vascularisations fongueuses qui obligent à renoncer à de nouvelles applications et tendent à rendre la fistule incurable. — Toutes ces observations peuvent être justes quand on les rapporte à certains cas donnés, et il est nécessaire de les avoir présentes à l'esprit quand on s'est décidé à se servir de la cautérisation comme principale ressource thérapeutique, afin de pouvoir renoncer à temps à cette méthode si on observe qu'elle donne lieu aux inconvénients qu'on lui a attribués. Toutefois, il est heureux que ces critiques tombent quelquefois à faux, et que l'on rencontre de temps en temps des cas qui les contredisent et qui prouvent qu'elles ne peuvent être acceptées d'une manière tout à fait générale. Il est certain, par exemple, que l'on peut réussir à oblitérer par la cautérisation certains pertuis qui persistent souvent après les opérations les mieux faites ; et l'on sait aussi qu'il y a des fistules de petites dimensions dont les bords peuvent être gonflés, rapprochés et agglutinés d'emblée par l'application de caustiques même médiocrement énergiques. D'ailleurs, c'est toujours une ressource que l'on est heureux de tenir en réserve pour les cas où l'opération sanglante est rendue impossible, soit par

la pusillanimité de la femme, soit par toute autre circonstance.

J'ai employé à différentes reprises la méthode de la cautérisation, au moyen du nitrate d'argent (Obs. XI, XII), du cautère actuel (Obs. XII, XVIII), du galvano-cautère (Obs. XVIII). En général, j'ai été assez malheureux dans l'usage que j'en ai fait, et je n'ai réussi qu'une fois, au moyen du galvano-cautère (Obs. XVIII). Il est vrai que je n'ai peut-être pas employé les cautérisations avec assez de persistance, et que j'y ai ordinairement renoncé lorsqu'après quelques tentatives, je remarquais que je n'obtenais pas un résultat bien marqué.

Scarification. — Cette méthode se rapporte à l'enfance de l'art, et n'a plus de raison d'être en présence des perfectionnements qui ont été apportés de notre temps à la thérapeutique chirurgicale des fistules. Levret (1), Nägele (2), Czerkierski (3), Ehrmann (4) l'avaient conseillée, probablement à cause de la difficulté qu'ils trouvaient à faire un avivement régulier, privés qu'ils étaient des moyens de se procurer un accès facile vers la fistule. Il est évident que la scarification employée, soit seule, soit conjointement avec des injections détersives (Levret), ou avec le tampon et la sonde (Ehrmann), la cautérisation (Czerkierski), ou la suture (Nägele), constitue un avivement imparfait, vicieux, et évidemment insuffisant pour procurer

---

(1) Levret, *L'Art des accouchements, démontré par les principes de physique et de mécanique.* Paris, 1753, p. 196.

(2) Nägele, *Erfahrungen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Krankheiten des weiblichen Geschlechts.* Mannheim, 1812, p. 387.

(3) *Leo's Magazin für Heilkunde und Naturwissenschaft in Polen.* Warschau, 1828, t. I, p. 315.

(4) Deyber, Thèse citée, 1828, p. 60.

un affrontement exact et une adhésion complète des bords de la fistule.

Rugination. — Comme la scarification, cette méthode, imaginée par M. Reybard, de Lyon, rentre dans la classe de celles qui procèdent par oblitération médiate, l'effet obtenu par les petites râpes dont se servait ce chirurgien pour éroder les bords de la fistule, devant, selon lui, produire un bourgeonnement à la suite duquel le rétrécissement ou la guérison radicale de l'ouverture anormale avait lieu (p. 95); le mécanisme de la cicatrisation devait donc se faire comme après la cautérisation. La rugination diffère de ce dernier mode de traitement en ce qu'elle est bien plus incertaine, la modification qu'elle imprime aux bords étant plus superficielle, plus imparfaite, et moins propre à donner naissance à de bons bourgeons. M. Reybard, qui est venu, en 1855 (1), soumettre ses idées à l'Académie de Médecine de Belgique, a échoué dans l'application qu'il en a faite à l'hôpital de Louvain (2). Je ne sache pas que cette méthode ait été employée par d'autres chirurgiens que par l'inventeur lui-même, à Lyon, en 1856 (3), sur une très-petite fistule qui, à ce qu'il paraît, fut guérie par deux ruginations successives; par M. Sprengler (4), sur une petite ouverture qui fut également guérie à la suite d'une seule rugination; et par M. Herrgott (5), sur un pertuis qu'il oblitéra en en ruginant le trajet et en combinant cette petite opération avec l'avivement d'une aréole de muqueuse vaginale suivi de l'application de la

---

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, t. XV, 1re série, p. 179.

(2) Rapport de M. Michaux. — *Bulletin*, 1862, t. V, 2e série, p. 6.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXIII, p. 467.

(4) *Deutsche Klinik*, n° 39, 1858.

(5) Herrgott, ouvrage cité, p. 38.

suture. On voit par là que les résultats de cette méthode ont dû être bien peu encourageants. Aujourd'hui, elle est à juste titre complétement abandonnée.

Oblitération mixte.

On vient de voir que les petites fistules peuvent quelquefois être fermées par la cautérisation, que les grandes résistent ordinairement à ce moyen curatif, et que la cause de cette différence dépend surtout de ce que, dans le premier cas, les bords modifiés peuvent arriver facilement au contact, tandis que, dans le second, ils se maintiennent à distance après la chute de l'eschare. Cette observation a naturellement suggéré l'idée de se servir d'instruments propres à faciliter le rapprochement des bords qui restent écartés, et d'obtenir ainsi une réunion secondaire plus prompte, plus certaine et plus solide. De là l'invention de la sonde-érigne de Lallemand (p. 42), de la canule à opercule de Dupuytren (p. 44), de la pince vaginale de Laugier (p. 44); de là encore l'application aux fistules des serres-fines de Vidal (p. 192), de la pince à griffe de M. Reybard (p. 96), des pinces vaginales de M. Desgranges (p. 192), de la sonde-pince de M. Soupart (p. 98), de la pince à griffes et à coulisse de M. Chatelain (p. 193), de la pince-érigne de M. Cousot (p. 190), etc. L'usage de ces instruments unissants, appliqué d'abord aux plaies résultant de l'action des caustiques, des scarifications ou de la rugination, a été ensuite étendu aux avivements sanglants, de sorte que cette méthode a pour ainsi dire un pied dans le domaine de l'oblitération médiate et un autre dans celui de l'oblitération immédiate.

Les instruments unissants peuvent être divisés en deux catégories comprenant : 1° ceux qui agissent sur la plaie

par l'intérieur de la vessie, et 2° ceux qui sont appliqués par le vagin.

Pour des raisons qui seront indiquées à propos de la suture, je pense qu'il faut rejeter complétement tous ceux de la première catégorie. Quant à ceux de la seconde, les faits de réussite consignés dans les annales de la science prouvent qu'ils peuvent avoir quelquefois une efficacité réelle, même appliqués à de grandes fistules. M. Cousot, par exemple, en a encore dans ces derniers temps rapporté plusieurs cas (p. 190). Lorsqu'on les emploie concurremment avec la cautérisation, ils rendent l'opération plus facile, l'avivement des bords de l'ouverture avec les caustiques étant toujours moins compliqué que celui qui est exécuté avec l'instrument tranchant, et l'application des moyens unissants étant ordinairement moins longue et moins délicate que celle des points de suture. Mais c'est là l'unique avantage qu'ils possèdent, et je ne crois pas que, considérés seuls et abstraction faite des opérations préliminaires avec lesquelles on les combine, il faille, comme on a paru le croire, les placer au même rang que les sutures pratiquées au moyen de fils végétaux, animaux ou métalliques ; je suis, au contraire, persuadé que leur efficacité est beaucoup plus problématique et que les dangers attachés à leur usage sont au moins aussi grands. Je ne puis admettre que les dents ou les griffes de tous ces appareils, formant un tout dont les différentes parties sont solidaires, incapables d'être employées isolément pour remplir une indication spéciale sur quelque point de la plaie (ce qui cependant est souvent nécessaire), n'ayant d'autre effet qu'un mouvement d'ensemble dans la totalité des parties rapprochées ; je ne puis croire, dis-je, que ces moyens unissants procurent une adaptation aussi exacte, aussi hermétique que la suture ordinaire. D'un autre côté, ils offrent le défaut de laisser dans le vagin des corps

étrangers d'un certain volume, susceptibles d'irriter le canal et d'y provoquer de la suppuration, ou d'être difficilement supportés par la femme et de l'exposer même, si elle est très-nerveuse, à des symptômes de vaginisme. D'ailleurs, ils ne rachètent pas ces imperfections par la moindre importance des lésions qu'ils produisent : car leur poids ne peut manquer de déterminer des tiraillements sur les bords réunis et de favoriser souvent la section des chairs avant le terme voulu pour leur adhésion; et la forme, toujours plus ou moins grossière de leurs crochets, de même que le peu de précision qui doit presque toujours accompagner leur introduction, les exposent à former de petites plaies moins régulières, moins nettes que celles qui résultent de l'emploi des points de suture. Ce ne sont donc point des considérations relatives à leur innocuité qui peuvent en légitimer l'adoption; les seuls motifs qu'il soit raisonnable d'invoquer en faveur de leur usage, c'est le peu de temps qu'exige leur application et la moindre complication du manuel opératoire qu'ils réclament.

Oblitération immédiate.

1° Autoplastie.

Cette méthode, qui a fait autrefois beaucoup de bruit, qui a même régné en souveraine pendant un certain temps, et qui enfin a soulevé des critiques si vives qu'elle n'a pu y survivre, est aujourd'hui tombée dans un tel discrédit, qu'elle n'offre plus pour ainsi dire qu'un intérêt purement historique.

A l'époque où elle était employée, elle comprenait :

L'autoplastie par la méthode indienne, qui consistait à emprunter un lambeau aux environs de la vulve, et à le

hisser et attacher sur l'orifice fistuleux préalablement avivé. Ce mode de traitement a donné à Jobert quelques bons résultats, mais il a aussi produit entre ses mains de graves accidents et même la mort;

L'autoplastie par la méthode de Celse, se composant de procédés dans lesquels un lambeau était pris au vagin lui-même et transporté, par des mouvements variés de locomotion, sur les bords de l'ouverture vésico-vaginale (Velpeau (p. 80), Leroy-d'Étiolles (p. 81), Roux (1)), où l'on cherchait à le fixer comme opercule; et, en second lieu, de la célèbre *autoplastie par glissement,* de Jobert (p. 84), qui consistait à détacher le vagin de l'utérus et à le faire descendre vers le pubis pour favoriser le rapprochement et la réunion des lèvres de la fistule. Le procédé de Leroy-d'Étiolles n'a jamais été mis en usage; celui de Velpeau a complétement échoué dans une application qu'en a faite son auteur; celui de Roux a eu le même résultat; enfin l'autoplastie par glissement n'a guère réussi que grâce à l'extrême dextérité de son inventeur; et encore plusieurs guérisons qu'il prétendait avoir obtenues par son moyen ont-elles été énergiquement contestées.

L'abandon de toutes ces méthodes se comprend aisément quand on considère les difficultés de leur application, le peu de chances qu'elles ont de réussir, et surtout les dangers qui les accompagnent. Tailler un lambeau qui, après sa rétraction, doit présenter une forme tout à fait semblable à celle de la fistule, l'adapter exactement à un orifice situé dans une cloison mobile, l'y maintenir de manière à ce que l'occlusion reste toujours hermétique jusqu'à l'achèvement de la cicatrisation, et faire tout cela en ménageant à toutes les parties du lambeau une nour-

---

(1) *Encyclographie des sciences médicales.* Brux., 1846, p. 230.

riture constante et suffisante : c'est là une tâche bien compliquée que l'habileté la plus consommée et les soins les plus assidus sont bien rarement capables de remplir jusqu'au bout. Le déplacement du lambeau, l'impossibilité de le faire adhérer par suite de la différence de sa structure avec celle des parties qu'il doit recouvrir, sa mortification enfin, sont des accidents que l'autoplastie ne peut presque pas éviter et qui sont bien faits pour déjouer les efforts les mieux combinés. Quant aux périls auxquels expose la méthode, il est certain qu'ils sont loin d'être imaginaires; ainsi la dissection d'une portion de peau avoisinant la vulve et le tiraillement constant exercé sur elle, la séparation du vagin d'avec la vessie opérée par le bistouri, la pénétration des incisions dans le tissu cellulaire situé entre ces organes d'une part et le péritoine de l'autre; toutes ces circonstances sont propres à faire naître des érysipèles, des vaginites, des suppurations diffuses, et, par extension de l'inflammation, des péritonites extrêmement graves. Toutes ces suites possibles, mises en regard de la bénignité d'opérations d'ailleurs moins compliquées et plus efficaces, rendent compte du mouvement de conversion que la généralité des praticiens ont exécuté vers celles-ci. Je n'ai employé qu'une seule fois l'autoplastie (Obs. XVIII), et je n'en ai obtenu que de déplorables effets.

2° Suture.

A. Considérations générales.

Depuis que l'on est parvenu à découvrir facilement le fond du vagin et à le rendre accessible aux manœuvres chirurgicales, la suture, qui paraît si naturellement indiquée quand il s'agit d'obtenir des réunions exactes et

hermétiques, a acquis une telle importance dans la thérapeutique des fistules, que c'est à peine si elle y a encore laissé une place pour les autres modes de traitement. Après avoir été pendant longtemps jugée comme presque inexécutable et avoir même été proscrite, pour ainsi dire, par certains corps savants (1), elle est devenue tout à coup l'objet d'une telle prédilection que, pour beaucoup de praticiens, la cure des fistules s'est résumée en elle seule, et que toutes leurs idées, leurs recommandations, leurs préceptes se sont rapportés à cette méthode. Si cette manière de voir est un peu trop exclusive, il faut avouer cependant qu'elle se légitime jusqu'à un certain point par l'immense utilité et la prépondérance méritée et incontestable de la suture. Il est donc bien simple qu'avant d'entrer dans l'appréciation critique des différents temps de cette manœuvre opératoire, j'expose d'abord à son occasion quelques considérations fondamentales découlant, il est vrai, des principes généraux de la chirurgie, mais se rattachant cependant d'une manière plus directe et plus particulière aux conditions qu'elle exige pour être exécutée convenablement et avec fruit.

Je crois qu'avant tout, il est nécessaire de rappeler ce précepte, posé assez généralement par les chirurgiens américains, de ne point mettre trop de précipitation dans l'exécution de la suture. La célérité, qu'on a indiquée comme une des trois principales qualités d'une bonne opération, et qui en effet mérite souvent d'être recherchée, n'a plus de raison d'être dans cette méthode opératoire. Sous ce rapport, on peut diviser les manœuvres chirurgicales en deux grandes catégories : dans la première se

---

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie,* éd. in-4°, t. III, p. 408, et t. IV, p. 404.

trouvent les opérations que j'appellerai *régulières,* et dont tous les temps, susceptibles d'être prévus et ordonnés d'avance, peuvent être rapprochés ou abrégés suivant la présence d'esprit ou la dextérité de l'opérateur; dans la seconde, qui comprend celles que je nomme *irrégulières,* se placent les opérations qui n'ont rien de constant dans leur marche, sont exposées à être entravées et modifiées par une foule de circonstances impossibles à prévoir, et exigent du chirurgien bien plus de prudence et de tact que de promptitude dans l'exécution. Ainsi, par exemple, il est permis, il est utile et même nécessaire de pratiquer rapidement, d'escamoter, pour ainsi dire, une amygdalotomie, un arrachement de l'ongle, un débridement de panaris; il est facile, par une grande habileté, de diminuer la durée d'une amputation faite dans des parties saines; mais il y aurait une véritable témérité à vouloir agir de même dans l'opération d'une hernie étranglée, dans la ligature d'une artère profonde, dans la recherche d'un corps étranger caché dans les chairs, dans l'ouverture d'un foyer placé dans un voisinage dangereux. Il y a ici la condition de sécurité qui prime celle de l'abrégement des douleurs, et le chirurgien doit bien plus se préoccuper des écueils qu'il peut rencontrer que du temps qu'il emploie pour arriver à son but.

Mais c'est surtout quand à ces exigences se joint celle d'une précision et d'une exactitude presque géométriques, qu'il faut savoir ne point marchander le temps nécessaire à la perfection de la manœuvre chirurgicale. Or, c'est ce qui a lieu dans l'oblitération de la fistule vésico-vaginale. Je n'ai jamais pu comprendre comment, dans une opération relativement aussi peu douloureuse, dont le résultat dépend à un si haut degré de tant de précautions minutieuses, et qui peut être contrariée par tant d'incidents divers, on puisse se faire une gloire d'aller plus vite qu'un autre, et considérer

la rapidité de l'exécution comme une preuve de l'excellence du procédé. Je ne dirai pas, comme M. Schuppert (1), que ce sont là des tours de Bosco, mais je ne puis m'empêcher de regarder cette préoccupation comme le résultat d'une appréciation complétement fausse des qualités fondamentales qui doivent caractériser l'opération.

Ce n'est pas un des moindres enseignements que nous ont apportés les chirurgiens américains que la sage lenteur avec laquelle ils nous ont appris à opérer la fistule vésico-vaginale. C'est cette lenteur, qui ne signifie pas la perte volontaire d'un temps précieux, mais l'attribution de toute la durée nécessaire à tous les détails qui constituent les éléments de succès de l'opération, qui nous met à même d'envisager de sang-froid les nombreux mécomptes, les obstacles imprévus qui peuvent entraver la manœuvre chirurgicale, et qui nous donne la faculté de les surmonter de vive force, ou de les éviter par quelque stratagème improvisé, sans compromettre jamais les indications essentielles. L'homme le mieux doué ne voit bien qu'une seule chose à la fois; et il est impossible que le chirurgien, lorsqu'il est dominé par l'idée d'en finir promptement, aperçoive certaines minuties qu'une espèce de tâtonnement, une exploration dans tous les sens font seuls constater, et dont la négligence peut cependant compromettre le résultat final.

Dans toutes les opérations que j'ai pratiquées pour des fistules uro-génitales, j'ai toujours tâché de ne pas oublier ces considérations importantes. Dans aucune, je n'ai recherché le clinquant de la célérité, et j'ai toujours abordé la manœuvre chirurgicale avec la ferme résolution d'y consacrer tout le temps exigé par les complications

---

(1) Schuppert, ouvrage cité, p. 39.

qui pouvaient surgir. Je n'ai jamais remarqué que cette conduite amenât chez la malade un épuisement consécutif, et j'ai toujours eu à m'en louer sous le rapport de la perfection apportée à l'occlusion exacte de la perforation. Quand il m'est arrivé de pouvoir terminer lestement l'opération, j'en ai été charmé; mais je n'ai pas été découragé quand il m'a fallu consacrer des heures entières à son achèvement. On jugera du temps que j'ai l'habitude de donner à l'avivement et à la suture par l'exposé suivant, qui représente la durée de mes opérations dans les observations où cette circonstance a été notée.

Sur quatorze cas d'opération, la durée a été :

Pour une, de quarante minutes;
» une, de cinquante minutes;
» trois, d'une heure;
» deux, d'une heure et quart;
» une, d'une heure vingt minutes;
» deux, d'une heure et demie;
» une, d'une heure trois quarts;
» une, de deux heures;
» une, de deux heures et quart;
» une, de trois heures;
» une, de trois heures et demie;
» une, de quatre heures.

Non-seulement il est bon de n'apporter aucune précipitation dans l'exécution de la manœuvre opératoire, mais il faut encore, dans certains cas, savoir se résigner à ne pas la terminer d'un seul coup et à y consacrer plusieurs séances. Il est des fistules dont l'étendue est si grande, dont la forme et les connexions avec les parties voisines sont tellement disposées, qu'il y a avantage à ne réunir d'abord qu'une portion de l'ouverture en continuant à laisser les urines s'écouler par le vagin; il y en a d'autres où des accidents survenus pendant l'opération, comme, par exemple, une hémorrhagie qu'il n'est possible de maîtriser que par l'application du cautère actuel, des accidents ner-

veux, etc., doivent également faire renoncer à la réunion immédiate de toute l'étendue de la lésion. Il faut bien alors, malgré le désagrément que donne une opération interrompue, savoir poser un acte d'abnégation (qui ne sera vraisemblablement pas apprécié par la femme et par les personnes qui l'entourent), et, en outre, avoir la patience d'attendre, avant de terminer le traitement, qu'il se soit écoulé un temps suffisant pour que les parties déjà opérées aient récupéré les conditions propres à favoriser une nouvelle tentative.

A côté de la disposition à la patience, il faut placer celle à ne pas se décourager et à ne pas abandonner la partie après un premier échec. C'est presque toujours, il est vrai, une chose fâcheuse qu'un insuccès, parce qu'il dénote souvent un défaut de force plastique chez la patiente; mais il ne faut pas admettre cependant qu'il en est constamment ainsi, et il est évident qu'un grand nombre de fois aussi il dépend de quelque circonstance inhérente à la manœuvre chirurgicale ou à ses suites, et qui pourra fort bien ne pas se reproduire dans une opération ultérieure. Il est donc indispensable d'être armé d'une certaine ténacité, et surtout de la faire partager à la malade, afin qu'elle ait le courage de se soumettre aussi souvent qu'il le faut à de nouvelles épreuves. Il est même convenable, avant d'entreprendre un traitement dont on prévoit que la durée sera longue et qui exigera plusieurs opérations successives, de prévenir d'avance la patiente de ce qui pourra survenir, afin de ne pas l'exposer à d'amères déceptions et au découragement. J'ai plusieurs fois eu à me repentir de ne pas avoir pris ces précautions; et, comme on le verra dans mes observations, il m'est souvent arrivé de voir mes opérées m'échapper, alors que tout m'indiquait que j'étais sur la voie de la réussite : circonstance beaucoup plus fâcheuse encore au point de vue de l'intérêt de ces femmes qu'à

celui de l'amour-propre du chirurgien. Aujourd'hui j'ai l'habitude de ne plus faire aucune opération de fistule un peu compliquée sans avoir reçu de la principale intéressée et de ses parents l'assurance formelle qu'après des échecs possibles et prévus, on me permettra de recommencer, aux moments que je choisirai, les nouvelles tentatives que je pourrai regarder comme nécessaires.

Il ne manque pas d'encouragements à ceux qui, après avoir échoué une ou plusieurs fois, persistent à ne pas désespérer de la guérison. Les recueils scientifiques renferment déjà une grande quantité de faits qui autorisent cette persévérance. Dieffenbach a opéré jusqu'à dix-huit fois, Wützer trente-trois fois, M. Sims trente fois la même femme. Mes observations contiennent plusieurs cas de ce genre. On pourra s'en convaincre en jetant les yeux sur la récapitulation suivante indiquant le nombre d'opérations qui ont été faites pour chaque fistule :

Obs. I. — 1 opération. — Guérison.
» II. — 1 opération par la méthode de Jobert de Lamballe, trois par le procédé de M. Bozeman, une par la suture de M. Sims. — Guérison.
» III. — 1 opération. — Guérison.
» IV. — 1 opération. — Guérison.
» V. — 4 opérations. — Occlusion presque complète de la fistule. — Mort par suite d'érysipèle épidémique.
» VI. — 1 opération. — Guérison.
» VII. — 2 opérations. — Il reste un pertuis. — La femme ne revient pas pour subir une nouvelle opération.
» VIII. — 1 opération. — Guérison.
» IX. — 1 opération. — Guérison.
» X. — 1 opération. — Guérison.
» XI. — 2 opérations. — Guérison.
» XII. — 3 opérations. — Guérison.
» XIII. — 1 opération. — Guérison.
» XIV. — 1 opération. — Guérison.
» XV. — Il reste un petit pertuis. — La femme ne revient pas. On la dit guérie.
» XVI. — 1 opération. — Guérison.
» XVII. — 1 opération. — Guérison.

Obs. XVIII. — 8 opérations. — Établissement d'un urèthre artificiel. — Guérison avec miction imparfaite.
» XIX. — 3 opérations. — Il reste un orifice servant de méat urinaire. — Urèthre artificiel. — Guérison avec miction imparfaite.
» XX. — 1 opération. — Persistance d'un petit pertuis que la femme ne veut pas laisser traiter.
» XXI. — 2 opérations. — Persistance d'un orifice urétéro-vaginal.
» XXII. — 1 opération. — Guérison.
» XXIII. — 1 opération. — Mort par péritonite consécutive.

Il ne suffit pas d'avoir soi-même une bonne dose de patience en commençant une opération de fistule vésico-vaginale, il faut encore être entouré d'aides qui partagent les mêmes dispositions, et dont quelques-uns en outre soient doués d'une certaine force musculaire. L'action d'écarter les fesses, de maintenir le spéculum dans le vagin devient au bout d'un certain temps tellement fatigante, que les plus vigoureux finissent par être obligés de renoncer à ces fonctions et de se faire remplacer par d'autres. Plusieurs aides doivent être parfaitement initiés aux détails de l'opération pour suivre avec intelligence tous les mouvements du chirurgien, le deviner au moindre geste, maintenir, dans une direction appropriée aux différentes phases de l'opération, le spéculum, le ténaculum, la sonde, éponger à propos, déprimer une saillie, attirer une partie enfoncée, soulever un lambeau, présenter les instruments au moment convenable, arrêter le sang qui s'écoule par un vaisseau ouvert, engager les aiguilles suivant la direction voulue dans le porte-aiguilles, et pour surveiller une quantité d'autres petits services dont il n'est pas possible de se passer. Il ne faut donc pas s'engager dans l'opération sans s'être assuré d'un nombre suffisant de collaborateurs, et il convient de les choisir parmi les meilleurs et les plus intelligents.

Une précaution à prendre encore, c'est d'opérer au grand jour, en face d'une fenêtre, et, s'il le faut, de se ménager un éclairage artificiel, soit par la réflexion des rayons solaires, soit au moyen d'un autre foyer de lumière.

Ordinairement on place la femme sur une table longue et étroite, garnie simplement d'une couverture et de draps, dans le cas où l'on emploie la position latérale ou dorsale; de coussins propres à relever le bassin, dans celui où l'on adopte la position pelvi-dorsale; et de moyens susceptibles d'amortir la pression que subissent les coudes et les genoux, quand c'est sur eux que la malade s'appuie.

La multiplicité des instruments dont on doit se servir, et l'obligation où l'on est d'en employer un grand nombre en peu de temps, rendent utile la précaution de les étaler l'un à côté de l'autre d'après leur usage, afin de pouvoir mettre immédiatement la main sur celui dont on a besoin. Ainsi, l'on rangera sur un long plateau placé à sa droite, les instruments servant à l'exploration, puis ceux qui sont employés pour l'avivement, pour le passage des fils et la suture. Des éponges fines et très-petites en nombre suffisant, des moyens d'irrigation, doivent être mis à la portée de l'opérateur et des aides.

B. Avivement.

Les anciens chirurgiens n'ont rien dit de clair ni de bien déterminé sur la manière dont ils croyaient que devait être fait l'avivement. Depuis Van Roonhuyse jusqu'à Nägele, en 1812, on ne trouve que des indications vagues, empreintes de l'incertitude et de l'hésitation qui étaient autrefois le caractère dominant de la thérapeutique des fistules; et l'on n'emporte de l'examen des idées de cette époque que l'impression de la crainte que l'on avait d'intéresser trop profondément les bords de l'ouverture fistuleuse, et du soin que l'on mettait à ne faire que de petits avivements et à éviter les pertes de substance trop étendues.

Ce n'est que plus tard, lorsque Jobert de Lamballe eut établi ses réformes, que des indications nettes, positives et bien décrites se formulèrent à propos de l'avivement. Mais

en même temps que ce changement s'opérait, les chirurgiens poursuivaient leur but en s'engageant dans trois voies différentes. Dans l'une, on considérait l'avivement comme devant se faire franchement à travers toute l'épaisseur des parois vésico-vaginales; cette opinion eut surtout pour représentants : Jobert (p. 87) (1), qui en fit un des éléments de sa méthode; M. Simon (p. 150) (2), qui se l'appropria, pour ainsi dire, par la précision et les modifications qu'il y apporta; M. Schuppert (p. 195) (3), un Américain égaré hors du camp de ses compatriotes, et quelques chirurgiens allemands imitateurs de M. Simon. Dans la seconde direction, on préférait faire l'avivement aux dépens du vagin seul, en respectant soigneusement la vessie; les partisans de ce mode furent : d'abord Van Roonhuyse (p. 25), ensuite Dieffenbach (4), Hayward (p. 108) (5), Wützer (p. 67) (6), Roser (p. 144) (7), Esmarch (p. 150) (8); puis presque tous les chirurgiens américains, qui l'érigèrent en précepte essentiel de leur méthode, et à leur suite les chirurgiens anglais et un bon nombre de praticiens français, allemands et d'autres européens. Enfin, dans la troisième direction, on croyait augmenter les chances de la réunion en formant, non plus des bords saignants inclinés dans tel ou tel sens, mais de véritables lambeaux. Dieffenbach employa quelquefois ce procédé dans les nombreux essais

---

(1) Jobert, ouvrage cité, 1849, t. II, p. 443.

(2) G. Simon, *Ueber die Operation, etc.*, 1862, pp. 67 et suiv.

(3) Schuppert, ouvrage cité, p. 9.

(4) Dieffenbach, *Operative Chirurgie*, t. I.

(5) *American Journal*, 1839.

(6) Wützer, *Organon für die gesammte Heilkunde*. Bonn, 1843, t. VIII, p. 481.

(7) *Archiv für physiologische Heilkunde*, 1854, p. 576.

(8) *Deutsche Klinik*, 1858, n° 28.

qu'il fit en pratiquant la suture; Hayward (p. 106) (1), Gerdy (p. 56) (2), Pancoast (p. 108) (3), Collis (p. 99) (4), Henley Thorp (p. 100) (5), Duboué (p. 188) (6) l'ont aussi mis en usage en y apportant, chacun de son côté, les modifications qu'ils croyaient nécessaires pour y donner la plus grande perfection possible.

Cette dernière manière de pratiquer l'avivement ne put passer dans la pratique, malgré l'adresse et le talent avec lesquels elle avait été défendue et employée par quelques-uns de ses partisans. Cela se conçoit aisément, car elle est évidemment plus difficile, plus douloureuse, plus dangereuse que les autres, en même temps qu'elle est moins sûre et plus sujette à produire de fâcheux résultats en cas d'échec. Elle est plus difficile, car au rafraîchissement ordinaire des bords elle doit ajouter une dissection fort délicate et parfois assez compliquée; plus douloureuse, car la somme des incisions qu'elle réclame est plus grande et la durée de la manœuvre plus prolongée; plus dangereuse, car l'obligation qu'elle impose d'attaquer dans une assez grande étendue le tissu conjonctif intermédiaire au vagin et à la vessie, rend possible l'inflammation de ce tissu, dont sa proximité avec le péritoine peut exposer à des dangers incontestables; elle est moins sûre, car les lambeaux détachés qu'elle exige, présentant moins de vitalité que des bords adhérents, sont plus exposés à de petites gangrènes locales analogues à celles qu'on observe si souvent à la suite des opérations autoplastiques, et par conséquent rendent les fistules consécutives

---

(1) *American Journal of Medical Sciences*, 1839.
(2) *Revue scientifique et industrielle*, 1841.
(3) *American Journal*, 1842.
(4) *Dublin quarterly Journal of Medical Sciences*, 1857.
(5) *Dublin quarterly Journal of Medical Sciences*, 1859.
(6) *Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1865.

plus fréquentes; enfin elle expose davantage à des suites fâcheuses quand elle échoue, par la raison qu'elle a dû se servir d'une plus grande étendue de paroi vaginale, et que la mortification des lambeaux laisse une perte de substance beaucoup plus large, ou tout au moins, dans le cas de gangrène partielle, des irrégularités, des échancrures, des bosselures fort défavorables au point de vue des avivements ultérieurs.

On peut donc dire qu'en réalité, l'on ne trouve plus aujourd'hui en présence que deux modes d'avivement, tous deux recommandés avec chaleur par des autorités également respectables, tous deux appuyés sur des succès qu'il est impossible de contester, tous deux affichant la prétention d'être basés sur le bon sens, la logique et l'observation. Ces modes sont : l'*avivement en entonnoir profond,* qu'on pourrait nommer aussi *avivement escarpé, à pic, perpendiculaire* (p. 150), et l'*avivement en entonnoir évasé,* qui peut s'appeler également *avivement en pente, en biseau, oblique* (p. 119). Il me paraît qu'en général, on a eu tort de rejeter d'une manière trop absolue l'un ou l'autre de ces modes opératoires. Peut-être ont-ils, chacun de son côté, des avantages et des défauts; peut-être sont-ils susceptibles d'être tous deux utilement appliqués, comme tant d'autres moyens de traitement que j'ai examinés dans certaines circonstances particulières. Cela est au moins possible, si ce n'est probable; et, dans tous les cas, ce sujet est assez important pour être examiné avec toute l'attention que méritent des opinions soutenues par des témoignages aussi respectables et aussi imposants. Il est donc convenable que je commence cet examen par une analyse critique des raisons qui peuvent militer pour ou contre ces deux manières principales de procéder à la préparation des bords fistuleux.

M. Simon, comme je l'ai dit, est le chirurgien qui a le mieux étudié l'avivement de Jobert, qui l'a surtout bien

précisé par une description exacte, et qui l'a modifié au point de lui donner une face nouvelle, de le réinventer, pour ainsi dire. C'est lui aussi qui a introduit, dans l'appréciation de ce mode opératoire, un certain nombre de considérations qui ont donné à ce point de chirurgie un caractère vraiment scientifique. Ce sont, par conséquent, ses opinions que je dois surtout discuter ici.

M. Simon base toute son argumentation sur ce point capital, que les conditions de la réunion dans l'opération de la fistule vésico-vaginale sont exactement les mêmes que partout ailleurs, et que, par conséquent, il faut tâcher de les faire naître pour arriver au résultat désiré (p. 147). Or, les conditions générales d'une bonne réunion étant la formation d'un avivement à bords lisses, formés de substance saine, vivace, coupés parallèlement de manière à pouvoir s'adapter aisément dans une direction linéaire et dans la plus grande étendue de surface possible, sans former de godets ni de plis, il en résulte, selon lui, qu'un avivement vertical ou seulement légèrement oblique, qui possède toutes ces qualités, est de tous celui qui a le plus de chances de mener sûrement au but. La réunion des bords avivés d'une fistule ne pouvant se faire que par première intention, ou du moins ne se faisant, d'après son observation, que très-rarement par seconde intention, à cause de l'absence d'une base granulée qui puisse leur servir de moyen d'union et d'attraction mutuelle, l'exactitude de leur accollement et l'étendue de leur contact sont encore rendues plus indispensables par l'existence de ces particularités.

Ces principes fondamentaux du chirurgien allemand sont, il faut le dire, inattaquables, et je ne pense pas que, sauf quelques restrictions à faire sur la prétendue impossibilité de la réunion par seconde intention, il y ait un praticien qui ne se sente forcé de les admettre comme des vérités démontrées. Il n'est même pas possible de nier qu'un

avivement pratiqué carrément, comme celui que M. Simon attribue théoriquement au mode en entonnoir profond, ne soit éminemment favorable au rapprochement facile et exact de larges surfaces. Il faudrait donc l'admettre sans hésitation et sans réserve, s'il ne s'agissait que d'envisager la question au point de vue absolu de l'affrontement des lèvres de la plaie. Mais, malheureusement pour lui, le problème est loin d'être aussi simple, et il faut aussi l'examiner sous d'autres faces où les avantages du procédé, loin de se maintenir, sont éclipsés par des imperfections réelles, et, ce qui est plus grave, par de véritables dangers.

D'abord ce mode d'avivement expose à la lésion de la vessie. Je dis qu'il *expose*, parce que M. Simon déclare qu'il coupe ou ne coupe pas les parois de cet organe, ce qui doit faire supposer qu'il arrive parfois qu'il ne l'intéresse point. Le fait est, selon moi, que cette lésion, qui est parfaitement indifférente à M. Simon, doit être la règle dans la formation de l'entonnoir profond; du reste, il est des partisans de cet avivement, M. Schuppert, par exemple, qui le prescrivent d'une manière formelle. M. Simon prétend que la blessure de la muqueuse vésicale ne présente aucun danger, et il affirme que, lorsqu'il a observé des accidents vésicaux à la suite de l'opération, il a pu les rapporter, sauf dans quelques cas exceptionnels, au cathétérisme et non aux lésions produites. Mais si la vessie est réellement un organe si peu sensible à des incisions, à des scarifications et des piqûres, comment se fait-il que M. Simon redoute le cathétérisme au point de le proscrire comme un moyen dangereux? Est-il raisonnable d'admettre que le simple contact d'un tube mousse doive provoquer plus d'accidents que les diérèses produites par un instrument tranchant? Il y a là, me paraît-il, une évidente contradiction. Le cathétérisme n'est certes pas un moyen tout à fait et toujours inoffensif, et les accès de fièvre, les spasmes, les catarrhes

qui peuvent en suivre l'emploi sont là pour le prouver. Mais pourquoi ne l'est-il pas? Précisément parce que la vessie est un organe extrêmement irritable et susceptible d'être impressionné d'une manière fâcheuse sous l'influence de toute atteinte extérieure. Nous voyons tous les jours dans la pratique la preuve de cette assertion : ainsi, l'on connaît les accidents qui accompagnent les légères blessures produites par la pierre, les dangers de l'introduction des corps étrangers dans la cavité vésicale, les symptômes graves déterminés par le pincement de la muqueuse pendant l'action mal dirigée des instruments lithotriteurs, les suites sérieuses et quelquefois mortelles de l'opération de la taille. Toutes ces observations démontrent à l'évidence que les lésions de la vessie ne sont pas, à beaucoup près, de peu d'importance, et qu'il est par conséquent sage et prudent de chercher autant que possible à les éviter.

Je comprendrais jusqu'à un certain point que l'on s'exposât aux inconvénients de la section de la paroi vésicale, si, au prix de quelques douleurs ou de quelques spasmes, on augmentait de beaucoup la chance d'une coaptation réunissant toutes les qualités requises. Mais M. Simon reconnaît lui-même que la muqueuse de la vessie est trop flasque pour pouvoir contribuer en rien à la réunion, et il aurait pu ajouter qu'elle se prête trop peu à une section nette, qu'elle est trop mobile et trop dépendante de la membrane contractile sous-jacente pour présenter sous ce rapport des conditions favorables. Le chirurgien de Rostock ne coupe donc pas la substance vésicale parce qu'il trouve à cela un certain avantage; il l'intéresse parce qu'il ne peut faire autrement, parce que c'est une des nécessités inévitables de son mode d'avivement. C'est là, il faut le dire, un vice qui va à l'encontre de ce principe fondamental de médecine opératoire, de ne jamais pratiquer de lésions inutiles, le danger des diérèses chirurgi-

cales étant proportionnel à l'étendue des surfaces et à l'importance des organes qu'elles intéressent.

M. Simon prétend qu'avec son avivement il se procure des bords formés de tissus tout à fait propres à la réunion et parfaitement dépourvus de substance cicatricielle. Il attache à cette condition une fort grande importance, et ne néglige, au besoin, aucun sacrifice pour l'obtenir : ainsi, dans les petites fistules, il convertit le pertuis en un véritable orifice, et, dans les grandes, il emporte tout ce qu'il faut pour arriver jusqu'aux parties saines du voisinage. C'est là un précepte fort rationnel en apparence et fort séduisant en théorie; mais en pratique, que devient-il, où conduit-il? Souvent à l'illusion, quelquefois à la témérité. En effet, si le tissu cicatriciel est peu étendu, en quoi un avivement à pic réussira-t-il mieux à élaguer toute la substance fibreuse que l'avivement en biseau? N'est-il pas évident qu'en pratiquant ce dernier convenablement, c'est-à-dire, non pas *superficiellement*, comme le prescrit Follin, mais en mordant hardiment dans la substance du vagin, ainsi que le veut M. Sims, tout le tissu fibreux sera enlevé (1)? Dira-t-on qu'on emportera en moins le liséré cicatriciel qui forme le pourtour de la fistule? Mais ce liséré, correspondant à la substance vésicale, devient indifférent pour les partisans de l'avivement aigu, puisqu'ils avouent que cette substance est impropre à la réunion : il n'y a donc pour eux, à ce point de vue, ni avantage, ni désavantage à le réséquer, tandis que pour les autres sa conservation peut, au contraire, rendre le service d'empêcher l'écartement des bords réunis

---

(1) M. Simon semble admettre cette vérité jusqu'à un certain point, en disant (*Ouvrage cité,* p. 70.) que, dans l'avivement en biseau, on enlève, sans le savoir, la cicatrice, le tissu cellulaire intermédiaire au vagin et à la vessie, et la membrane musculaire vésicale.

et de garantir que la fistule ne sera pas agrandie dans le cas d'un échec. Si le tissu cicatriciel est très-étendu, par exemple, s'il se prolonge jusqu'à deux centimètres du pourtour fistuleux, ira-t-on le poursuivre jusque-là, au risque, si l'adhésion ne se fait pas, de convertir une fistule petite ou moyenne en une ouverture énorme? M. Simon n'hésite pas à le faire, et il justifie sa conduite en disant que la femme n'en perdra ni plus ni moins d'urine; du reste, dit-il, l'avivement en entonnoir évasé, s'il n'expose pas à l'augmentation du diamètre de l'ouverture, en convertit les bords en une paroi tellement mince qu'elle ne peut plus servir à de nouveaux avivements. Mais il ne s'agit pas de savoir si la femme perdra plus ou moins d'urine, puisqu'on sait effectivement que les petites ouvertures la laissent échapper comme les grandes, mais bien si, en gaspillant la substance de la paroi vésico-vaginale, qui est déjà restreinte par la perte qu'elle a subie, on ne rendra pas des opérations ultérieures impossibles ou du moins fort difficiles. Quant à l'amincissement des bords après l'avivement oblique, je crains bien que ce ne soit là une idée préconçue, car elle est peu en harmonie avec ce que l'on sait de la rétraction qui se fait sur les lèvres non réunies des plaies, cette rétraction tendant à les arrondir et à leur donner la forme d'un ourlet solide et non pas celle d'un bec de flûte en rapport avec le biseau primitif. Enfin, si le tissu cicatriciel se trouve placé dans des régions où l'ablation en serait dangereuse, par exemple, au col de la vessie ou au col utérin, endroits où l'on serait exposé, dans le premier cas, à enlever le peu d'éléments contractiles qui existent encore au niveau du sphincter, et dans le second, à faire une amputation totale de l'organe et à conduire les instruments jusqu'à proximité du péritoine, M. Simon poussera-t-il l'application de ses principes jusqu'à ne pas reculer devant ces graves lésions? Je ne le

crois pas, car agir ainsi serait oublier toutes les règles de la prudence et changer volontairement, et en pure perte, le caractère essentiellement bénin que doit revêtir l'opération. M. Simon, j'en ai la conviction, mettrait dans ces circonstances ses opinions de côté, et, comme tout le monde, tâcherait avant tout d'éviter l'écueil qui se présenterait devant lui.

Du reste, est-il aussi nécessaire que le dit M. Simon, de détruire tout le tissu de cicatrice pour obtenir de bonnes conditions de cicatrisation? J'en doute beaucoup. J'admets bien qu'il vaut mieux, quand on peut choisir, tailler les lèvres de la plaie dans une substance douée d'une vigoureuse vitalité et surtout munie de vaisseaux sanguins abondants. Mais vouloir obtenir cet avantage en s'exposant à produire des désordres sérieux, est une chose que je considère comme n'étant légitimée par aucune nécessité. En effet, il n'est pas exact de dire que le tissu cicatriciel est impropre à la réunion : ce tissu, comme tout autre, vit, se nourrit, se régénère, et présente par conséquent une certaine quantité de vaisseaux, ce qui du reste est démontré par le bourgeonnement dont il peut devenir le siége; il possède assez d'éléments de nutrition pour se prêter d'une manière suffisante à l'adhésion; en outre, il offre des qualités qui ne sont pas à dédaigner quand il s'agit d'obtenir des réunions par première intention : ce sont le défaut de contractilité, qui le rend immobile et incapable d'abandonner, s'il n'est sollicité par d'autres forces, l'emplacement qui lui est assigné, et la résistance, qui lui donne la faculté de supporter aisément les tractions qui doivent s'exercer sur lui. Des faits pratiques en grand nombre prouvent surabondamment l'exactitude de ces assertions; et il suffit de jeter les yeux sur mes observations pour y voir qu'à chaque instant j'ai été forcé de pratiquer les avivements sur des tissus coriaces et fibreux, sans que

la réunion ait été pour cela compromise (Obs. V, VI, VII, XII, XIII, XIV, XV, XVI).

M. Simon a encore allégué en faveur de son mode d'avivement, que les surfaces sont taillées de façon non-seulement à s'adapter bien exactement l'une à l'autre, mais encore à pouvoir le faire sans forcer la paroi vaginale à former un pli, la locomotion qu'elles exigent de la part de celle-ci étant peu étendue. C'est là, selon lui, un grand avantage. On comprend en effet que le vagin, se trouvant souvent raccourci par l'établissement de la fistule, le devient encore davantage quand on a réuni les deux lèvres de l'ouverture après un avivement en entonnoir évasé : son étendue est alors diminuée de toute la largeur de cet avivement. Le chirurgien allemand, considérant ensuite que, pour que toutes les conditions d'une bonne adhésion se trouvent réunies, il faut que la coaptation des bords coïncide avec le relâchement des parties environnantes, en conclut que son avivement, qui produit ces effets à un degré beaucoup plus élevé que celui en biseau, a par cela même sur ce dernier une grande supériorité. Je ne pense pas que l'on puisse contester cette vérité. Mais on peut faire remarquer que, lorsque le vagin est encore bien mobile, ce qui est le cas le plus ordinaire, et quand les fistules ne sont pas trop grandes, ce qui arrive aussi assez souvent, les propriétés de l'avivement aigu et les défauts de l'avivement oblique sous ce rapport deviennent assez indifférents et ne peuvent avoir une bien grande action sur le résultat définitif. En second lieu, on peut dire que ce que M. Simon gagne par son mode opératoire dans la facilité du rapprochement, il le perd, et amplement, par l'enlèvement qu'il pratique de tout le tissu cicatriciel.

La hauteur des lèvres de l'avivement en entonnoir profond est ordinairement, d'après le chirurgien de Rostock, de six à huit millimètres; elle est, par conséquent, moins

étendue que la largeur des lèvres de l'avivement en entonnoir évasé, auxquelles on donne ordinairement un centimètre ou même plus. Mais, dit-il, ce désavantage apparent est compensé par l'exactitude de l'affrontement; et, d'un autre côté, l'excédant de surface que présente l'avivement oblique ne sert à rien, puisqu'il a remarqué que la réunion, dans ce mode, se fait seulement à la partie supérieure de la plaie, où il se forme une cicatrice relativement assez mince (de l'épaisseur de la paroi vaginale à peu près), tandis que le reste des parties adaptées finit par s'étaler et s'écarter du centre de l'ancienne fistule. Il fonde cette assertion sur ce qu'il a observé chez des femmes guéries après des avivements évasés : dans plusieurs de ces cas, il a constaté que le pli formé primitivement pendant la réunion ne s'était pas conservé, et que les fils avaient traversé les bords de la plaie jusqu'à la cicatrice centrale, de manière à leur permettre de s'éloigner et de s'aplatir latéralement. Il a vu les points d'entrée et de sortie des sutures situés à une telle distance de la cicatrice, qu'il était impossible, selon lui, de supposer qu'on les eût placés en cet endroit (p. 153).

Je ne crois pas que toutes ces considérations de M. Simon soient également justes. Ce que j'ai observé de mon côté, immédiatement après des guérisons de fistules opérées par l'avivement oblique, c'est une saillie au niveau de la ligne de réunion représentant encore assez bien le pli formé pendant la suture. Plus tard, j'ai aussi remarqué, comme M. Simon, que ce pli s'efface et que la cicatrice finit par ne plus avoir que l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, mais je n'ai pas vu que cet effacement fût le résultat de la séparation des lèvres à leur partie inférieure ou vaginale. J'ai constaté simplement là le phénomène qui s'observe partout ailleurs, c'est-à-dire que les parties qu'une opération a rendues trop saillantes sur une surface unie tendent à s'aplatir et à se mettre au niveau de celle-ci, soit par

l'affaissement de leur substance, soit par un travail d'absorption, soit à la suite de tractions opérées lentement et continuellement sur elles par les tissus voisins. L'effacement du pli n'a donc pas la signification que lui donne le chirurgien allemand, et il me paraît n'avoir rien que de très-ordinaire et de très-naturel. — Pour ce qui concerne l'exactitude de l'affrontement, il y a à émettre à cet égard quelques considérations qui ne confirment pas l'assertion peut-être un peu trop dogmatique de M. Simon.

Il est impossible d'admettre que, dans un avivement en entonnoir profond, les lèvres réunies par la suture, et surtout par la suture faite avec le fil de soie qu'emploie M. Simon, conservent les rapports que leur donne une simple juxtaposition. L'observation attentive de ce qui se passe quand on serre le lien, démontre que son action circulaire et concentrique a pour effet de déprimer les angles situés aux points d'entrée et de sortie, en même temps qu'elle rapproche les bords opposés des lèvres par un mouvement de froncement ou de ratatinement. Toutes les parties interceptées par le fil diminuent donc d'étendue, et par conséquent les surfaces avivées comme le reste des tissus, ce qui, on le comprend, diminue de beaucoup le bénéfice de leur coupe presque perpendiculaire et de leur tendance à s'adapter largement quand on ne fait que les *pousser* l'une vers l'autre sans les serrer. C'est là le défaut de toutes les sutures dans lesquelles un lien agit en produisant une striction circulaire. Dans l'avivement en entonnoir évasé pratiqué d'après la méthode américaine, la suture se faisant au moyen de fils métalliques engagés un peu obliquement jusque dans la substance fibreuse qui se trouve en dessous de l'ourlet qu'on a laissé au bord libre de la fistule, il se produit des effets bien analogues encore à ceux qui résultent de l'autre suture, mais cependant notablement modifiés. Le mouvement de striction con-

centrique n'est plus aussi prédominant, et le rapprochement se fait surtout par un mouvement de locomotion de la totalité des bords. En effet, l'agent de la suture étant rigide et prenant plus ou moins son point d'appui sur le tissu fibreux de l'ourlet, il en résulte que lorsqu'on en rapproche les côtés, les lèvres de la plaie vont à la rencontre l'une de l'autre à la manière des deux valves d'une coquille que l'on ferme. La partie vaginale des bords se trouve parfaitement en contact, tout aussi bien et même mieux que celle qui avoisine la fistule, contrairement à ce que pense M. Simon : car cette portion est celle qui offre le plus d'épaisseur, de résistance et de prise à l'action des fils, la région supérieure étant beaucoup plus mince et pouvant par conséquent céder plus facilement, comme l'a fait observer M. Duboué, de Pau (1). De sorte qu'à tout bien considérer, l'avivement à pic, envisagé comme moyen d'augmenter l'étendue et l'harmonie des surfaces à affronter, perd dans la pratique les avantages que la théorie semble devoir lui attribuer; que celui en biseau n'entraîne point tous les résultats immédiats et consécutifs que M. Simon lui a reprochés; et qu'en somme, il y a bien peu de différence, s'il en existe, dans l'efficacité des deux avivements, quand ils sont bien faits, au point de vue de la largeur et de l'exacte juxtaposition des parties réunies.

Malgré tout ce que je viens de dire, on pourra peut-être hésiter encore dans le choix de l'un ou de l'autre mode. Mais il y a une dernière considération qui me paraît d'une telle importance qu'elle ne peut plus, selon moi, laisser aucun doute sur la valeur relative des deux manières de procéder : je veux parler de la nécessité où se trouve

---

(1) Churchill, *Maladies des femmes*, p. 923.

M. Simon de passer les fils de la suture à travers la paroi vésico-vaginale tout entière, pour obtenir le plus grand bénéfice possible de l'adaptation étendue qu'il considère comme une des propriétés les plus précieuses de son avivement. Cette fâcheuse circonstance, outre les nouvelles blessures qu'elle fait infliger à la vessie, expose évidemment encore à la formation de fistules consécutives lorsque les fils déterminent la moindre suppuration sur leur trajet : car, quelque minime que soit la quantité de pus formée entre ces liens et les parois qu'ils traversent, elle y occupe toujours un certain espace plus que suffisant pour admettre quelques gouttes d'un liquide aussi pénétrant que l'urine. De plus, le fil, s'il est végétal et s'il n'est plus suffisamment comprimé par les tissus qui le logent, peut constituer lui-même un filtre qui dirige le liquide vers le vagin. M. Simon dit bien que cet effet ne se produit que si l'on a trop fortement serré les points de suture ou employé de trop gros fils, que, par conséquent, il est presque toujours primitif et qu'il est très-rare de le voir survenir quand les ligatures ont cessé de couper les tissus (1) : mais cette assertion ne peut résister à ce fait, que la formation de pertuis sur le trajet des fils a été positivement et directement observée par des observateurs fort dignes de croyance, par exemple, par Lallemand, Laugier, Dieffenbach, Hayward (2). Il affirme bien encore que, dans la suture opérée après un avivement évasé, l'urine peut aussi arriver à la partie supérieure de l'orifice et de là filtrer par les fils dans le vagin (3); mais il est évident qu'en supposant cet accident possible, il aura toujours quelque difficulté à se

---

(1) G. Simon, *Ueber die Operation, etc.*, 1862, p. 95.

(2) Follin, ouvrage cité, p. 16.

(3) G. Simon, *Ueber die Operation, etc.*, 1862, p. 81.

produire, le liquide devant suivre une voie un peu détournée pour arriver aux fils, tandis que, lorsque ceux-ci traversent franchement et directement la muqueuse vésicale, ils sont en contact immédiat avec l'urine et se présentent tout naturellement à elle pour la conduire dans le canal utéro-vulvaire à la faveur de la moindre circonstance favorable. Le chirurgien allemand insiste lui-même sur la facilité avec laquelle les fils coupent quelquefois les tissus dès les premiers jours, et il s'appuie même sur cette observation pour démontrer la nécessité de former de larges bords qui ne puissent pas se décoller facilement après le relâchement de la suture. Je me demande si, lorsque cela arrive, le passage de l'urine à travers la cloison n'est pas inévitable, la nature n'ayant pas alors le temps de cicatriser un côté du trajet à mesure que celui-ci progresse dans l'autre sens; et si, au contraire, il n'est pas bien plus possible d'échapper à la filtration du liquide lorsqu'il reste au-dessus des fils une couche de tissu, fort mince il est vrai, mais susceptible cependant de résister pendant un certain temps et jusqu'à un certain point à la pression qui s'exerce sur elle.

En résumé, les deux espèces d'avivement ont leurs propriétés particulières, dont les unes sont bonnes et dont les autres laissent plus ou moins à désirer. Celui en entonnoir profond a pour avantages : d'être plus facile à exécuter, d'affronter des parties plus vivaces, de former des bords saignants qui se regardent et qui se rapprochent plus naturellement sans former de pli; il a pour inconvénients : d'intéresser la vessie, de favoriser la formation de fistules et de pertuis consécutifs, et l'on peut encore ajouter, de produire plus de douleur et d'exposer davantage à l'hémorrhagie. L'avivement en entonnoir évasé présente ces trois derniers défauts à un degré beaucoup moindre; il forme des bords qu'il est un peu plus difficile de rapprocher, et

il n'enlève pas toujours complétement toute la substance cicatricielle; mais il ménage beaucoup plus la cloison, il ne touche point à la vessie, et, en restreignant ainsi le champ de l'opération, il lui enlève une bonne partie de ses dangers. En pesant tout dans une juste balance, il me paraît que l'avivement évasé a infiniment plus de droits que l'autre à être accepté comme mode général d'exécution.

Après avoir déterminé l'espèce d'avivement qu'il faut préférer, il sera bon, avant d'étudier le manuel opératoire en lui-même, d'établir les règles qui doivent présider au choix de la direction à donner au grand diamètre de la plaie. Il y a à poser à cet égard quelques indications qu'il ne faut pas perdre de vue, parce qu'elles peuvent influer notablement sur les résultats de l'opération.

L'avivement antéro-postérieur est sans contredit le plus facile et celui qui conduit à la suture la plus simple et la plus commode. Il est donc naturel de choisir cette direction et de placer, quand on peut le faire, un angle en avant et un angle en arrière : c'est ce qui est possible dans les petites fistules, et dans celles qui, ayant une plus grande étendue, présentent une forme ronde. Dans ces dernières cependant, ce choix ne peut être fait que lorsque la cloison, dont la mobilité est plus grande de haut en bas que dans le sens latéral (à cause de ses connexions avec les parois pelviennes dans ce dernier sens), permet facilement le rapprochement de droite à gauche. Mais, comme on l'a vu plus haut (p. 299), il est assez rare qu'on ait affaire à des ouvertures parfaitement circulaires, et presque toujours on leur trouve un grand diamètre transversal ou oblique. Il faut alors, on le comprend, placer les angles de l'avivement aux extrémités de ce grand diamètre, afin de pouvoir faire la réunion de telle manière que les bords les plus rapprochés soient joints l'un à l'autre. Ceci est élémentaire et n'exige aucun développement.

Mais il est des complications qui peuvent contrarier, modifier ou rendre moins évidemment indiquée l'application de ces règles générales. Ainsi la fistule, au lieu d'avoir la forme d'un cercle ou celle d'une fente plus ou moins large, peut offrir l'aspect d'un triangle, ou bien être double ou multiple; elle peut aussi présenter, sur les divers points de son pourtour, de grandes difficultés au point de vue du rapprochement, ou offrir une configuration informe qui n'appartienne plus à aucune catégorie; ou bien encore se trouver dans le voisinage d'un tissu dont on n'aime pas de se servir pour la réunion. Dans chacun de ces cas, il y a une conduite différente à tenir, et le chirurgien doit faire appel à son tact pour faire plier les préceptes fondamentaux aux nécessités particulières qui se présentent. — Lorsque l'ouverture est triangulaire, comme dans l'observation XVI, je pense qu'il faut, ou préparer les deux lèvres voisines les plus courtes de manière à en former un seul bord courbe et à pratiquer ainsi un avivement en arc; ou bien, comme je l'ai fait dans l'observation que je viens de citer et où la réunion curviligne était inexécutable, aviver séparément les trois bords, adapter la lèvre la plus longue aux deux autres dans la plus grande étendue possible, puis traiter séparément l'angle restant, en donnant ainsi à la ligne de réunion une forme comme celle-ci : . — Quand il y a deux fistules, il faut, si le pont intermédiaire est très-petit, donner à l'avivement la direction d'une ligne passant par les deux orifices, afin de n'avoir qu'une seule suture à faire; cette ligne, suivant la position relative des fistules, peut être droite, comme dans les observations III, VII (2e opération), XIV, XVIII (3e opération), XIX (3e opération), ou courbe, comme dans la seconde opération de l'observation V. Si le pont intermédiaire est très-étendu, il y a lieu de faire des avivements séparés, comme dans la 1re opération de

l'observation V. Enfin, soit que l'isthme séparant les fistules soit petit, soit qu'il ait une certaine ampleur, il peut arriver que la direction des grands diamètres des deux perforations commande celle de l'avivement : ainsi, deux grandes fistules transversales, séparées par une languette plus ou moins étendue, doivent être réunies et par conséquent avivées transversalement, soit séparément, soit simultanément, quoiqu'elles soient placées l'une au-devant de l'autre. J'ai rencontré cette nécessité dans l'observation XVIII. — Lorsque les différentes parties du pourtour de la fistule ne se rapprochent pas avec la même facilité, il faut, en général, aviver dans une direction telle que l'adaptation des portions les plus mobiles se fasse dans la plus grande étendue possible, afin que la suture puisse prendre ensuite un point d'appui sur cette ligne de réunion principale et y rattacher par tronçons les restes de la circonférence : c'est alors que prennent naissance les formes compliquées dont je parlerai à propos de la suture. — Dans les cas de circonscriptions tout à fait insolites de l'orifice, c'est encore le même principe qu'il convient de suivre.—Enfin, quand il entre dans le limbe de la fistule des tissus qu'on croit peu propres à l'adhésion, il faut, si l'on ne peut les réséquer pour une cause ou pour une autre, changer la direction de l'avivement de façon à contourner ces obstacles et à les laisser en dehors du champ de l'opération. Mais ici il faut s'entendre sur ce que l'on doit considérer comme tissus impropres à la soudure organique : tout le monde n'a pas, comme je l'ai dit, les mêmes idées à cet égard, puisque plusieurs chirurgiens ont regardé comme impropres à la réunion des substances qui possèdent, au contraire, cette aptitude à un haut degré.

C'est surtout lorsque les fistules siégent dans le voisinage du canal de l'urèthre qu'il est difficile de dire où il convient de placer les angles de l'avivement. Quand on les dispose

dans le sens antéro-postérieur, il est à craindre, si l'adhésion manque, qu'une portion du canal disparaisse et que la partie restante ne suffise plus pour fournir la base d'un avivement ultérieur; si on les place transversalement, on raccourcit considérablement l'urèthre, et l'on est forcé d'étrangler, perpendiculairement à leur direction, les fibres musculaires du col vésical, ce qui offre peut-être quelques inconvénients. Deux grandes difficultés résultent du reste ici de la cohérence, du défaut de mobilité des parois urinaire et vaginale solidement soudées ensemble, et, d'un autre côté, du danger de trop diminuer la capacité du canal. Le raisonnement semblerait indiquer que le moyen le plus sûr de lutter contre tous ces écueils serait de diriger l'avivement dans le sens oblique; mais, d'une part, toutes les fistules ne se prêteraient pas à cette espèce de biais, et de l'autre, l'expérience n'a point encore, que je sache, sanctionné suffisamment ce procédé. J'ai eu à traiter deux fistules uréthro-vaginales, celle de l'observation XII et celle de l'observation XVIII. Dans la première, j'ai dû pratiquer trois opérations dans lesquelles l'avivement a été fait une fois transversalement, une fois d'avant en arrière, et une troisième fois, celle qui a été suivie de la guérison, obliquement à gauche et en arrière. Dans la seconde observation, j'ai mis en usage tous les genres d'avivement, et finalement je n'ai eu pour résultat que la perte du canal de l'urèthre et la nécessité d'en faire un nouveau. Il ne m'est donc pas encore possible, du moins en me basant sur mon expérience personnelle, de porter sur ce point de pratique un jugement catégorique et décisif. Mais en m'en rapportant à celle des autres, à celle de M. Simon, par exemple, il semblerait qu'il vaut presque toujours mieux dans ces circonstances se décider pour l'avivement transversal, malgré les inconvénients qui s'y rattachent.

Les adhérences du vagin peuvent quelquefois, indépen-

damment de la forme et des diamètres des fistules, rendre nécessaire une direction déterminée de l'avivement. Ainsi, je suppose que d'un des côtés d'une fistule parte une bride très-forte allant s'attacher aux parois du bassin, il est évident qu'il faut, dans ce cas, tailler les bords de l'orifice de manière que l'un des angles corresponde à cette lanière fibreuse et l'autre au côté diamétralement opposé : sans cela, la bride entrant dans la composition de l'un des bords, celui-ci ne pourrait aller à la rencontre de l'autre, et ce dernier, étant obligé de faire tous les frais du rapprochement, ne manquerait pas, par un mouvement de retrait naturel, de tirailler et peut-être de déchirer les parties affrontées. A plus forte raison, l'avivement a-t-il une direction forcée quand la fistule est située entre deux adhérences qui la tendent à la manière de deux forces appliquées aux extrémités d'une boutonnière. Les observations IX, XII, XVIII fournissent des exemples de ces nécessités, et l'observation V fait voir quel est l'effet d'un rapprochement exécuté au moyen d'une seule lèvre.

Quand la perforation existe dans l'intérieur du col utérin, et qu'on ne se décide pas pour l'occlusion du museau de tanche, il n'y a pas à choisir entre un avivement antéro-postérieur ou un avivement transversal. Le premier de ces modes est de rigueur, par la raison qu'il est le seul qui permette l'introduction et la sortie des aiguilles, la cavité du col étant trop petite pour que ces instruments, introduits dans la lèvre postérieure d'une plaie transversale, puissent en être retirés en décrivant le cercle indiqué par leur courbure, et l'angustie du canal augmentant dans le voisinage de la matrice (Obs. VII, XI, XVI).

Lorsqu'on se dispose à pratiquer l'avivement, il est bon de bien se rendre compte d'abord de toutes les particularités de la circonférence de la fistule, de manière à prévoir d'avance quelle sera l'étendue des parties qu'il faudra

entamer pour produire des surfaces saignantes parfaitement régulières. Pour parvenir plus facilement à ce résultat, il est des auteurs qui conseillent de circonscrire préalablement toute la circonférence périphérique de l'avivement par une incision superficielle (M. Verneuil) (1). M. Gaillard, de Poitiers, a imaginé de rendre apparente toute la surface à aviver en la touchant d'abord avec la pierre infernale, et en lui donnant ensuite une couleur blanc d'argent par une injection d'eau salée (p. 187). Ce sont là des procédés qu'il est bon de tenir en réserve pour les cas compliqués, et qui peuvent alors trouver leur application. Mais je crois qu'il est inutile de les prescrire comme moyens ordinaires, et que presque toujours le coup d'œil du chirurgien suffit pour le guider dans la circonscription de l'avivement. L'incision limitante préalable peut même avoir l'inconvénient de brouiller les surfaces par l'écoulement sanguin qu'elle détermine. En général, je n'ai pas cru devoir me servir de ces précautions préliminaires, et ce n'est qu'exceptionnellement, pour pratiquer des dissections très-difficiles, que j'y ai eu recours (Obs. XVIII). L'expédient qui m'a rendu les plus grands services a été d'introduire fréquemment le crochet mousse dans la fistule, afin de toujours bien déterminer le point central autour duquel devait porter le rafraîchissement des bords.

On est souvent contrarié et gêné dans ses mouvements, aussi bien pendant l'avivement que pendant la suture, par un bourrelet vésical qui fait hernie par la fistule, et qui vient constamment se présenter aux instruments, surtout quand la femme fait un mouvement ou un effort, et quelquefois au moment où l'on s'y attend le moins. On a con-

---

(1) *Archives générales de médecine,* 1862, t. XIX, p. 64.

seillé, pour écarter cette complication, d'introduire une éponge dans la vessie (M. Schuppert) (1). L'expédient dont se sert M. Foucher pour rendre la fistule plus accessible, c'est-à-dire la boule de caoutchouc (p. 415), de même que les instruments de Leroy-d'Étiolles (p. 61), de M. Riboli (p. 99) et de M. Mazzucchelli (p. 415), pourraient aussi convenir à cet usage. Mais j'ai trouvé généralement plus simple de me servir d'une sonde introduite dans la vessie par l'urèthre et interposée entre la fistule et la partie herniée (Obs. VI, VIII, XIII, XVIII, XIX). Une fois, j'ai réduit le bourrelet vésical, qui était très-volumineux, en traversant d'un fil le milieu des deux lèvres de l'orifice, et en fermant ainsi l'issue à l'organe déplacé en même temps que je me procurais un moyen d'abaissement de la fistule (Obs. VII).

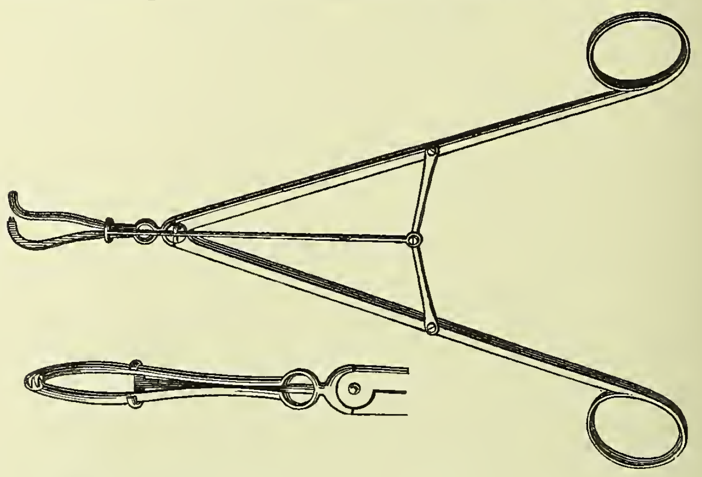
Une chose importante à observer pour pratiquer commodément l'avivement, c'est de commencer toujours par les parties les plus déclives, afin de ne pas être offusqué par le sang. Lorsque cette précaution est prise, le liquide va tout naturellement s'accumuler dans la rigole formée par le côté du vagin qui est situé sous la fistule, et l'éponge peut l'y absterger avec facilité. Quand il y a dans la région la plus basse de l'ouverture anormale des endroits plus enfoncés que d'autres, c'est par eux qu'il faut entamer l'avivement. L'inobservation de cette pratique est de nature à donner des regrets au chirurgien pendant tout le reste de l'opération, car, une fois la faute commise, il est impossible de la réparer, et l'écoulement sanguin se prolonge d'ordinaire pendant toute la durée de la manœuvre. Je me suis toujours bien trouvé de me conformer à ce précepte, et si toutes mes observations n'en font point

(1) Schuppert, ouvrage cité, p. 9.

foi, c'est pour éviter les redites. Cependant les observations VII, VIII, XII, XIV, XVI, XVIII, XIX en parlent. Je n'ai dérogé à cette règle qu'une seule fois (Obs. V), et je crois que j'ai eu tort.

Il faut nécessairement soulever les bords de la fistule pour en faire facilement la resection. On y parvient, soit en les accrochant avec un petit ténaculum, soit en les saisissant avec une pince à dents. Chaque opérateur a plus ou moins de prédilection pour l'un ou l'autre de ces instruments : M. Sims semble préférer le ténaculum, d'autres emploient plus souvent la pince à dents. Je pense qu'ils sont tous deux indispensables, et que parfois l'un peut difficilement suppléer à l'autre. Quand il s'agit d'aviver le fond d'une fissure, d'un infundibulum, de reséquer des tubercules cicatriciels, d'amener vers l'instrument tranchant le liseré formant les bords de la fistule, le crochet pointu à petite courbure rend des services incontestables; mais lorsqu'une fois une portion de lambeau a été détachée et qu'il faut la saisir pour poursuivre la dissection, la pince à dents remplit cet usage avec infiniment plus de perfection que le ténaculum. La cause en est que ce dernier instrument facilite surtout le soulèvement et l'attraction des tissus, mais qu'il ne peut qu'imparfaitement les repousser en arrière, tandis que la pince, non-seulement saisit plus solidement le lambeau, mais le porte dans les différents sens que le cours de l'opération peut requérir. C'est ce qui fait qu'en général, je m'en sers bien plus souvent que du ténaculum. Quelques chirurgiens font construire la pince de manière que la pression l'ouvre, tandis qu'elle se ferme d'elle-même quand celle-ci vient à cesser (MM. Bozeman, Baker-Brown); d'autres la munissent d'un coulant, pour qu'une fois la lèvre de la fistule saisie, elle reste fixée sans aucun effort nouveau de la part de l'opérateur. M. Sims a imaginé une pince qui, par un mécanisme particulier, demeure fermée

d'elle-même quand elle a accroché les tissus. Ce sont là, selon



moi, des complications souvent inutiles : l'action de faire glisser le coulant, de le retirer, ou tout autre mouvement nécessité par le mécanisme particulier de l'instrument, peuvent nuire à l'exactitude de la préhension et provoquer des secousses toujours fâcheuses dans une opération délicate; et pour peu qu'on ait l'habitude de la dissection, on est bien plus sûr de saisir justement ce qu'il convient par un mouvement actif de pression que par le retrait élastique de la pince. Il faut que cet instrument, outre une certaine longueur, ait assez de résistance pour que les branches ne s'en affaissent point sous la pression des doigts. Je donne généralement peu d'épaisseur aux extrémités des branches, mais je n'en pousse cependant pas l'amincissement au point de leur enlever à cet endroit la résistance qui leur est nécessaire. L'un des mors est garni d'une seule dent, l'autre en a deux, qui reçoivent dans leur intervalle, par enfourchement, celle du côté opposé.

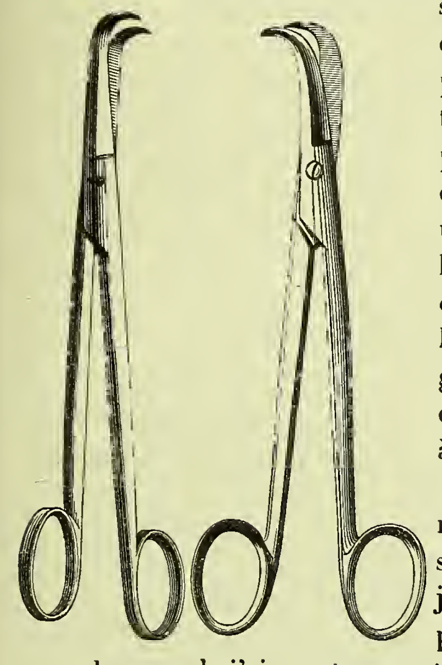
Ce que je viens de dire de l'utilité des deux principaux moyens d'accrochement et de soulèvement du limbe de la

fistule, peut s'appliquer en partie aux instruments appelés à pratiquer l'abrasion, c'est-à-dire au ténotome et aux ciseaux. Chacun d'eux peut être rendu nécessaire par suite de dispositions différentes dans les bords de la fistule. La lèvre antérieure d'une fistule transversale se découpe ordinairement mieux avec un ténotome, la postérieure avec des ciseaux. Un avivement antéro-postérieur se fait bien plus vite, plus commodément et plus régulièrement avec ce dernier instrument. Quand il faut établir la régularité de la surface avivée en opérant la resection de nodosités ou de tubercules cicatriciels, le ténotome produit plus nettement la resection des parties saillantes; mais quand il s'agit de dissections très-fines, par exemple, de celles qui avoisinent le liséré qui borde l'orifice fistuleux, lorsque surtout il y a à enlever de très-petits lambeaux cachés dans des plis non encore suffisamment dépourvus de leur couche corticale, les ciseaux ne peuvent être remplacés par aucun autre instrument. Ils gâchent, triturent, morcellent infiniment mieux que le petit bistouri les angles profonds qu'il est impossible de soulever ou qu'il serait imprudent de reséquer trop largement, par exemple l'angle supérieur d'une fistule intéressant la lèvre antérieure du col utérin, comme dans l'observation XVI. Toute récapitulation faite, l'application des ciseaux me paraît devoir être beaucoup plus fréquente que celle du ténotome; pour ma part, je les ai toujours regardés comme l'instrument indispensable, tandis que le ténotome ne m'a paru devoir être considéré que comme un adjuvant utile.

Les ciseaux doivent avoir des manches droits et des pointes très-aiguës; il est bon d'en avoir deux paires, l'une à lames droites, l'autre à lames légèrement courbes sur le plat. Je n'ai jamais pu me rendre compte des raisons qui ont engagé M. Bozeman à couder le manche de ses ciseaux et à

leur donner des pointes mousses. Rien, en effet, ne nécessite cette courbure, rien ne s'oppose, dans un vagin convenablement dilaté par le spéculum, à l'entrée et à l'action facile et étendue d'un instrument droit; il suffit, d'ailleurs, des plus simples notions de mécanique pour comprendre qu'un levier courbe se manie avec infiniment moins de précision et de sûreté qu'un levier rectiligne. Quant aux pointes mousses, elles sont inaptes à opérer le percement de la lèvre à aviver, qu'il est quelquefois bon de pratiquer, surtout au commencement de l'opération; elles rendent l'instrument plus propre à emporter des morceaux de tissus qu'à les détacher régulièrement de la paroi où il faut les prendre; elles s'insinuent difficilement entre le lambeau soulevé et les parties auxquelles il adhère encore; enfin, elles sont trop grossières pour exécuter avec délicatesse une dissection fine aux abords de la circonférence de la fistule. Les ciseaux de M. Sims me semblent bien mieux appropriés aux usages qu'ils doivent remplir. La nécessité d'une courbure vers la pointe de l'une des deux paires s'explique par la direction curviligne de certaines parties qui doivent être soumises à l'avivement, par la facilité que donne cette inflexion pour reséquer de petits tronçons de tissus situés dans des anfractuosités de la plaie, par l'inclinaison de certaines surfaces, et par l'obligation d'introduire quelquefois l'instrument dans des fissures étroites pour en labourer et déchiqueter le fond. Lorsque ces conditions ne se présentent pas, on peut trouver plus commode de se servir de ciseaux à lames droites; mais, dans la pratique, du moins d'après mon expérience, on est le plus souvent entraîné comme instinctivement à employer les ciseaux courbes. Il y a plus : il peut exister de telles dispositions de la fistule, que les bords ne s'en prêtent pas bien à un avivement pratiqué au moyen de ciseaux dont les pointes forment un arc aussi peu marqué que dans

ceux de M. Sims. J'en ai fait confectionner pour ces cas de beaucoup plus courbes, les uns sur le plat, les autres sur le bord; les premiers doivent servir pour la lèvre postérieure des fistules transversales, les derniers pour l'antérieure; ceux-ci ont l'une de leurs pointes un peu plus longue que l'autre, et mousse, pour qu'elle ne puisse blesser les parties situées aux angles des plaies au moment où l'avivement se termine à leur endroit.



On a dit que l'avivement doit être large mais superficiel (1). J'ai toujours eu soin d'observer le premier précepte; mais pour le second, j'ai constamment cherché, au contraire, à m'en écarter le plus possible. Je ne vois pas pourquoi l'on s'évertuerait à ne faire pour ainsi dire qu'effleurer la surface vaginale, alors que l'on sait qu'elle est formée par un épithélium stratifié très-épais, que la couche superficielle de l'organe est celle qui est le moins favorablement organisée pour l'adhésion, et que l'on a à sa disposition une grande épaisseur d'un tissu très-vasculaire, très-propre à la réunion, dont on peut tirer parti sans craindre de toucher à la vessie. A la vérité, la paroi vésico-vaginale a été un peu amincie par la cicatrisation à l'endroit où les deux

(1) Follin, ouvrage cité, p. 13.

lames en ont été soudées, c'est-à-dire au niveau de la perforation; mais l'observation démontre que ce n'est pas au point de nécessiter une excessive parcimonie dans le retranchement des tissus. Dans certains cas de force majeure, par exemple quand on opère sur des adhérences très-minces, on est bien quelquefois obligé de se restreindre dans l'emploi de la substance qui doit servir à l'avivement, et de se contenter de raser les parois comme parcheminées qu'on est obligé d'utiliser. Mais je ne connais qu'une seule circonstance où, pouvant disposer d'une certaine épaisseur de tissu, on doive cependant être très-réservé dans la resection des lambeaux : c'est lorsqu'on opère sur le canal de l'urèthre et qu'on est forcé d'en faire servir la substance, au risque, si l'on ne réussit pas, de le voir disparaître en partie ou même en entier. Ce cas s'est présenté dans l'observation XVIII, où, malgré mes précautions, l'urèthre a été enlevé par la suppuration. A part ces exceptions, il faut entrer hardiment dans la substance vaginale, en prenant seulement soin de ne pas la dépasser, ce qui est facile, si l'on se sert de la sonde introduite dans la vessie, et qu'on en conduise le bec aussi souvent qu'il le faut vers la région de la fistule, afin d'apprécier l'épaisseur des tissus qui y restent encore. — Il faut veiller en même temps à ce que le plan incliné représenté par l'avivement vienne toujours aboutir exactement au pourtour de l'orifice et n'offre jamais ni évasement ni section plus ou moins perpendiculaire.



Il arrive souvent que ce résultat n'est pas obtenu du premier coup; il ne faut alors négliger ni les corrections ni les retouches nécessaires pour former un biseau parfaitement régulier, tant dans son inclinaison que dans sa circonférence.

J'ai dit plus haut que, sans nier la supériorité, quant aux facultés adhésives de la substance vaginale saine sur la

substance cicatricielle, on ne devait cependant pas nécessairement redouter un insuccès lorsqu'on était forcé de faire entrer une portion inodulaire dans les surfaces destinées à l'accolement. Il en est de même de quelques autres tissus que l'on peut être forcé d'employer pour l'avivement. A ce point de vue, on peut se demander si le col utérin et les bourrelets hypertrophiques sont susceptibles ou non de se réunir facilement, soit avec une portion de leur propre substance, soit avec des tissus environnants d'une autre composition histologique.

J'ai cru dans le temps que le col de la matrice, à cause de sa rigidité et de son organisation particulière, était peu propre à fournir les éléments d'une bonne adhésion. Cette croyance m'avait été surtout inspirée par les premières assertions émises à cet égard par Jobert; cet auteur avait prétendu, en effet, avoir échoué plusieurs fois pour s'être servi de ce tissu (1). Je n'avais pas une confiance beaucoup plus grande dans les propriétés plastiques des bourrelets hypertrophiques, productions de nouvelle formation dont je considérais, du reste, la trame comme trop imparfaite et trop lâche pour résister aux efforts des aiguilles et des fils. Mais aujourd'hui que l'observation m'a appris à connaître la valeur de ces opinions, j'en suis complétement revenu, comme Jobert l'a fait lui-même à propos du col de la matrice (2). Certes, je n'en suis pas arrivé à croire qu'il faille rechercher les bourrelets hypertrophiques lorsque la matière à aviver ne manque pas, et qu'il ne convienne point de les reséquer quand il s'en présente qui empêchent la préparation régulière d'un bord fistuleux; mais lorsque, par une circonstance quelconque, il y a commodité, avantage ou

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, p. 428.

(2) Jobert, *Traité des fistules vésico-utérines, etc.,* p. 169.

quasi-nécessité de s'en servir, je pense qu'il ne faut pas hésiter à le faire, ni craindre d'avoir pour cela diminué notablement les chances de réussite. Le col utérin surtout, dont on s'est tant défié, me paraît réunir, sauf la souplesse, toutes les conditions qui conviennent pour procurer une bonne agglutination; et loin de contrarier celle-ci, on peut dire qu'il y est peut-être plus favorable que les tissus qui y sont ordinairement employés. Il est possible que cette propriété ne soit pas seulement inhérente à sa structure et qu'elle dépende aussi de l'épaisseur de la substance qu'il offre à l'avivement; mais il est certain, comme la plupart des chirurgiens modernes l'ont observé, que les plaies pratiquées à ses dépens se réunissent généralement aussi bien, et l'on pourrait même dire mieux, que celles qui intéressent la paroi vaginale. Il est facile de s'en convaincre dans les observations V (2e opération), VI, VII, XI, XIII, XIV, XV, XVI. Quant aux bourrelets hypertrophiques, la huitième opération de l'observation XVIII démontre qu'ils offrent quelquefois une précieuse ressource lorsqu'on manque de substance pour oblitérer la fistule.

J'arrive maintenant aux difficultés et aux obstacles qui peuvent contrarier ou compliquer l'avivement.

Sans parler des tissus fibreux, bosselés, coriaces, comme cartilagineux dont il a déjà été question et qui gênent plus ou moins l'action des instruments, il y a plusieurs dispositions d'une autre nature qui sont susceptibles d'embarrasser le chirurgien qui n'y est pas habitué. J'indiquerai en premier lieu les rigoles, les fissures partant de la circonférence des fistules, et tellement marquées, que c'est à peine si l'on en découvre le fond et la ligne de démarcation qui sépare celui-ci de l'orifice fistuleux (Obs. IX, XII, XIV, XV, XVIII). Je citerai ensuite les fossettes, les infundibulums, les gouttières se continuant avec la vessie d'une manière assez insensible pour qu'il soit difficile de distinguer l'en-

droit où finit la substance vaginale, et par conséquent celui jusqu'où l'avivement doit être pratiqué (Obs. V, XIV, XV, XIX (1re et 2e opérations)).

Pour découvrir le fond d'une fissure, on est quelquefois obligé de faire tirer fortement sur l'un de ses bords avec un petit crochet aigu, pour permettre au ténaculum de bien saisir et soulever les parties les plus reculées de la crevasse; d'autres fois, on a plus de facilité à enlever d'abord les lèvres de la fente et à ne pratiquer l'abrasion du fond que plus tard. Quand la transition de la surface vaginale à la vésicale se fait d'une manière peu tranchée et que la différence de la couleur et du poli des parois ne suffit pas pour établir la ligne de séparation, il faut interroger avec le crochet mousse la sensibilité des parties, et, en se basant sur ce fait que la muqueuse vésicale est douée d'une irritabilité plus grande que celle du vagin, établir la limite à l'endroit où la douleur à l'attouchement commence à se manifester davantage. A la rigueur, dans les cas fort obscurs, il y aurait moins d'inconvénient à abandonner une portion de tissu vaginal au delà de l'avivement, dans la vessie, qu'à attirer et à fixer une partie de celle-ci dans le vagin.

Quand il y a deux fistules, il est nécessaire, comme on l'a vu, de modifier la direction de l'avivement; mais que faut-il faire du pont lui-même qui les sépare? Faut-il, quand il n'est pas assez étendu pour nécessiter deux avivements et deux sutures séparées, l'inciser ou l'exciser de manière à convertir les deux fistules en une seule et à simplifier ainsi le manuel opératoire? Cette pratique est conseillée par plusieurs chirurgiens, entre autres par M. Simon, qui enlève ordinairement tout ce qu'il appelle le *territoire* des fistules multiples pour le convertir en une ouverture simple (1); je

---

(1) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, p. 190.

l'ai vu mettre aussi en usage par M. Sims. Cependant je pense qu'il serait difficile de légitimer cette conduite en se fondant sur les principes américains, et qu'à ce point de vue, elle doit paraître peu rationnelle. En effet, puisqu'un des préceptes fondamentaux de l'avivement en biseau est de laisser la vessie intacte, la division du pont d'outre en outre est contraire à cette recommandation, et, pour l'excuser, il faudrait admettre que la règle ne signifie plus rien ici, ce qui serait inconséquent et absurde. Ensuite, comme il faut toujours éviter ce qui peut contribuer à l'écartement des bords et utiliser avec empressement tout ce qui est susceptible de l'empêcher ou de le diminuer, il est peu logique de couper une bride dont la présence doit le rendre impossible, du moins au delà de certaines limites, et dont la section doit l'augmenter à l'instant même. J'ai donc toujours évité de suivre cette pratique, en enlevant seulement la portion vaginale du pont intermédiaire et en en laissant entière toute la surface vésicale; quelquefois même, quand le pont était peu épais, je me suis borné à l'ébarber légèrement (Obs. III, V, VII (2e opération), XIV, XVIII (3e opération), XIX (3e opération)). Après l'application de ces derniers procédés, la surface de l'isthme, lors du rapprochement des bords, formait dans la vessie un pli saillant dont les deux parties adossées pouvaient se souder l'une à l'autre, et dans tous les cas, j'avais du moins la garantie qu'un échec ne pouvait être suivi de l'apparition d'une affection plus grave que la première.

Quand une fistule, au lieu de représenter un simple trou ou un infundibulum, affecte la forme d'un trajet sinueux, comme dans les observations XI, XII, XVI et XVIII, il faut inciser celui-ci dans toute sa longueur et le comprendre en entier dans la formation de la plaie. L'enlèvement de toute l'étendue de la paroi muqueuse du conduit est nécessaire, d'abord pour obtenir une surface d'avive-

ment suffisante, ensuite pour empêcher, dans ce qui resterait du conduit sinueux, l'introduction d'une colonne d'urine qui exercerait une pression directe sur le milieu des parties réunies. Une semblable nécessité se présente encore quand il faut obturer une fistule au moyen d'une portion ouverte et étalée de la cavité de l'urèthre (Obs. XVIII (8e opération)) : là aussi il faut reséquer toute la partie muqueuse de la rigole uréthrale, si l'on veut obtenir une oblitération parfaite.

Sans contredit, les adhérences constituent une des complications les plus fâcheuses sous le rapport de l'avivement. Quelles qu'elles soient, elles gênent la manœuvre chirurgicale et empêchent le praticien de suivre à son aise les indications de l'opération classique. Toutefois, il s'en faut qu'elles présentent toutes et au même degré les mêmes inconvénients. Tant qu'elles ne sont représentées que par des brides, elles peuvent bien forcer la direction de l'avivement et faire naître plus tard la question des incisions libératrices; mais elles ne peuvent compromettre gravement l'abrasion des bords de la fistule proprement dite. Il n'en est plus de même lorsque les adhérences sont telles que les contours de la perforation sont comme identifiés aux os, de manière que ceux-ci semblent entrer dans leur composition, comme c'est le cas, par exemple, dans les observations V, XIX. Grande est alors la perplexité de l'opérateur, qui doit nécessairement prolonger l'avivement jusqu'au niveau de ces adhérences, et qui ne trouve là qu'un tissu mince qu'il ne peut entamer que superficiellement, sous peine de dénuder les os, et dont il ne peut opérer le déplacement pour le conduire vers la lèvre opposée! C'est le moment pour lui de déployer toutes les ressources de son tact et de son inspiration, et de disposer la suture de manière à pouvoir prendre dans les environs une portion de lèvre mobile pour l'appliquer sur la surface

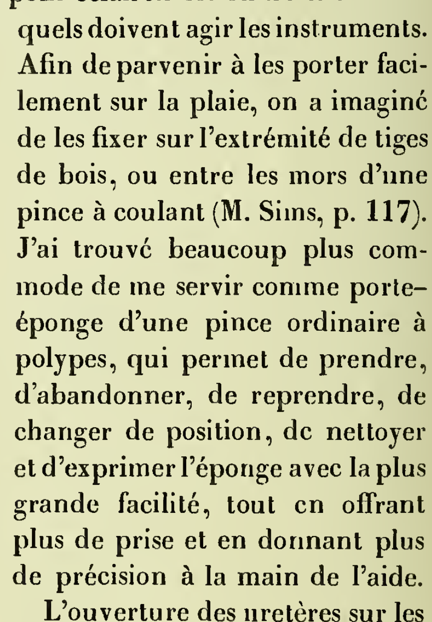
fixe et l'y accrocher. La perfection de l'art est de parvenir à ce résultat sans contrarier la réunion du reste des bords, et surtout d'agencer ceux-ci de telle façon qu'il ne s'opère pas une trop grande traction sur la surface ostéo-fibreuse. On conçoit qu'il est impossible de poser à cet égard des règles fixes, attendu qu'il peut y avoir souvent plusieurs combinaisons conduisant au même but, et parmi lesquelles le praticien expérimenté doit savoir choisir les meilleures.

Un accident fort contrariant, qui peut beaucoup augmenter la durée de l'avivement et en empêcher l'exactitude, c'est l'hémorrhagie. En général, on y est peu exposé quand on a à traiter une fistule médiane du vagin; mais lorsqu'il faut entamer le col utérin ou inciser des adhérences dans le voisinage de l'arcade du pubis, on court grand risque d'être arrêté par cet obstacle. La raison en est que les vaisseaux du vagin, lui arrivant par ses côtés (p. 237), se convertissent en rameaux très-fins vers la ligne médiane et ne peuvent par conséquent y provoquer qu'une hémorrhagie en nappe, tandis qu'au col de la matrice, les tubes vasculaires se dirigeant d'arrière en avant en conservant un certain calibre jusqu'au museau de tanche, sont disposés de manière à être coupés sur des troncs assez gros quand on enlève des tranches un peu épaisses de l'organe. Vers le pubis, les artères honteuses internes, se trouvant à une certaine distance de leur terminaison, y sont encore assez volumineuses, et fournissent aux environs des rameaux assez importants; de plus, immédiatement sous l'arcade, outre les artères, il y a le plexus veineux clitorido-vésical, dont les branches, disposées comme des sinus, restent béantes après leur division. La section de tous ces vaisseaux est d'autant plus fâcheuse que leur enchâssement dans le tissu fibreux ne permet que rarement d'en faire la torsion ou la ligature. Il arrive alors que, malgré l'emploi des éponges, de l'eau froide, de la glace, de la compression momentanée, le sang

inonde tous les environs de la fistule avec une telle persistance, que l'on est obligé d'y manœuvrer presque en aveugle et en tâtonnant. Il est impossible de songer aux hémostatiques puissants, comme le perchlorure de fer et le cautère actuel, car on ne pourrait plus après leur emploi espérer la réunion par première intention. Il faut donc se borner à l'usage de moyens moins énergiques, et temporiser jusqu'à ce que les orifices des vaisseaux aient eu le temps de se resserrer ou de s'oblitérer par la formation d'un caillot. Je crois que, lorsque l'hémorrhagie a lieu vers l'une des parties latérales de la fistule, on se trouverait bien de coucher la femme de ce côté, afin de pouvoir aviver le reste de l'orifice pendant le temps que mettrait le sang à s'accumuler dans la gouttière inférieure du vagin, et de la retourner ensuite de l'autre côté pour terminer l'avivement aux sources mêmes du flux sanguin : l'éponge aidant, au moins se procurerait-on ainsi quelques éclaircies pendant lesquelles on serait à même de continuer le travail opératoire. Du reste, le meilleur moyen hémostatique étant toujours la suture, il faut s'évertuer à y arriver le plus tôt possible. Je n'ai jamais vu le sang continuer à couler après l'application et le serrement des fils, convenablement engagés dans les lèvres d'une plaie d'où provenait l'hémorrhagie. Avant la suture, au contraire, j'ai souvent eu à lutter avec opiniâtreté contre cet accident : c'est ce dont on peut se convaincre en lisant les observations V, VII, XI, XII, XIX. Dans l'observation V, l'hémorrhagie provenait d'une artère du col utérin, et elle fut arrêtée par l'application de la glace; dans les observations VII et XI, le sang s'écoulait encore de la même source; dans l'observation XI, son accumulation dans la vessie nécessita l'usage de plusieurs injections; dans l'observation XII, le sang jaillit lors de l'incision de parties adhérentes aux os du côté gauche du bassin, et je pus l'arrêter par la compression, non sans

avoir perdu un temps précieux en essais de tout genre, ce qui me fit regretter plus tard de ne point avoir eu l'idée de retourner la femme sur le côté droit; enfin, dans l'observation XIX, c'est encore la section d'une adhérence au pubis qui détermina l'hémorrhagie, laquelle fut tellement rebelle, que je dus me résigner à la supprimer au moyen du cautère actuel.

Quand on n'est point contrarié par une véritable hémorrhagie, on a cependant toujours à lutter contre un écoulement sanguin en nappe qui masque le champ de l'opération, et rend surtout difficile la circonscription régulière des limites de l'avivement. Il faut donc faire un usage très-fréquent d'éponges pour éclaircir les endroits sur lesquels doivent agir les instruments. Afin de parvenir à les porter facilement sur la plaie, on a imaginé de les fixer sur l'extrémité de tiges de bois, ou entre les mors d'une pince à coulant (M. Sims, p. 117). J'ai trouvé beaucoup plus commode de me servir comme porte-éponge d'une pince ordinaire à polypes, qui permet de prendre, d'abandonner, de reprendre, de changer de position, de nettoyer et d'exprimer l'éponge avec la plus grande facilité, tout en offrant plus de prise et en donnant plus de précision à la main de l'aide.



L'ouverture des uretères sur les bords de la fistule a de tout temps beaucoup préoccupé les chirurgiens; et ce n'est pas sans raison, car il est évident que, lorsque cette

complication existe, un avivement et une suture mal faits peuvent avoir pour résultat l'occlusion de ces conduits, et donner lieu à tous les accidents de l'hydronéphrose et même à la suppression complète de l'excrétion des urines. Quoique Jobert de Lamballe ait dit qu'il est facile de se soustraire à ces accidents en éloignant l'uretère par une injection (chose bien difficile à comprendre), et que, du reste, on peut détacher ce canal et le refouler en haut pendant l'avivement, ou l'éviter en disséquant les lèvres de la fistule au-dessous de lui sans le toucher (1), il est certain que le mode de rafraîchissement dont il se servait, aussi bien que celui en entonnoir aigu, doit avoir souvent pour résultat la section de ce conduit et son enclavement dans la ligne de réunion. M. Simon (2) affirme bien que cet inconvénient est sans conséquence, parce que, dit-il, l'urine, au bout de quelques heures, s'ouvre une issue et repasse de vive force à travers la plaie dans la vessie, et que d'ailleurs l'occlusion d'un seul uretère n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a prétendu. Mais il est indubitable que, lorsque l'urine de l'uretère se fraie une voie dans la ligne de réunion, elle peut aussi bien le faire vers le vagin que vers la vessie, en détruisant ainsi les résultats qui sont le but de l'opération (Obs. XXI); et il n'est pas moins positif que la fermeture d'un uretère peut être suivie de désordres fort inquiétants (Obs. XXI). MM. Simon et Bozeman proposent, pour éviter tout accident, de fendre l'uretère du côté de la vessie, au-dessus de l'avivement, pour forcer le liquide à passer dans le réservoir urinaire avant qu'il puisse arriver à la plaie; ou bien, quand on trouve un bout

(1) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, p. 276.

(2) G. Simon, *Mittheilungen, etc.,* p. 144 — et *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln, etc.,* 1854, p. 54.

de l'uretère libre et flottant sur un bord de la fistule, de le repousser avant de serrer les nœuds des fils. Ce sont là des conseils fort judicieux; mais je crois cependant que les moyens qu'ils recommandent ne sont pas doués d'une efficacité assez certaine et assez constante pour qu'on puisse les considérer comme propres à être employés dans toutes les éventualités possibles.

L'avivement en biseau, on ne peut le contester, expose moins que l'avivement vertical à la lésion et à la séquestration consécutive des uretères; il m'a réussi dans le cas de l'observation XIX. Toutefois il ne peut conserver ses avantages que pour autant que ces conduits n'ont pas perdu leurs rapports normaux, c'est-à-dire qu'ils restent incrustés dans la paroi de la vessie et ne font que glisser sur le cylindre vaginal. S'il n'en est plus ainsi, si des adhérences ont formé un seul tout indivisible de l'uretère, de la vessie et du vagin, l'avivement oblique devient lui-même incapable de préserver de la lésion du conduit réno-vésical, du moins dans le voisinage de son embouchure sur le pourtour de la fistule. Dans ce cas, on pourrait bien encore chercher à tourner la difficulté en plaçant, au moment de la suture, deux points à côté et tout près du canal, de manière à le laisser libre tout en fermant cependant la communication vésico-vaginale; mais il ne faudrait pas trop compter sur ce moyen, et je pense qu'en général de telles complications exigent une opération spéciale. Voici celle que je propose :

Un stylet cannelé étant engagé dans l'orifice urétéral, on cherche par son moyen à bien apprécier la direction du conduit et l'endroit précis où en cessent les adhérences avec la paroi vaginale. On fait ensuite, dans le sens de sa direction et à quelques millimètres de ses bords, deux incisions qui n'intéressent que la moitié de l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale et qui vont se rejoindre sous un

angle aigu en un point situé au delà des adhérences. Pendant ce temps de l'opération, le stylet écarte autant que possible l'uretère pour le soustraire à l'action de l'instrument tranchant. A partir de ces incisions superficielles, on pratique de chaque côté un avivement oblique d'un peu moins d'un centimètre de largeur, que l'on continue avec celui qui doit circonscrire l'orifice principal. On incise ou on excise alors, sur la cannelure du stylet, la paroi de l'uretère qui regarde du côté de la vessie, puis on réunit par la suture les deux bords saignants qui ont été formés à côté de sa face vaginale, en les faisant passer sous celle-ci. Enfin, l'on termine l'opération par la réunion du reste des lèvres avivées, pratiquée d'après les règles ordinaires. — Dans certains cas, on pourra trouver plus facile de former à côté de l'uretère deux lambeaux, ceux-ci pouvant quelquefois glisser plus facilement sous le canal que des plans obliques adhérents.

Si les uretères, au lieu de s'ouvrir sur les bords de la fistule, débouchaient isolément dans le vagin, si, en d'autres termes, il y avait une fistule urétéro-vaginale directe, le cas deviendrait encore plus compliqué et le problème plus difficile à résoudre. M. Simon avoue (1) que lorsque, dans ces sortes de fistules, il a voulu faire communiquer l'uretère avec la vessie au moyen de l'incision de sa paroi supéro-antérieure, et en oblitérer ensuite l'orifice vaginal, il a vu le premier trajet se fermer et le second se reproduire d'une manière irrésistible; il déclare ne connaître d'autre moyen de venir à bout d'une pareille affection que l'occlusion du vagin. M. Duclout (2) propose d'établir une fistule urétéro-vésico-vaginale immédiatement au-

---

(1) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, p. 234.
(2) *Gazette médicale,* 1869, nº 13, p. 170.

dessous de l'orifice urétéral, puis de pratiquer, autour de ces ouvertures ainsi confondues en une seule, une zone d'avivement qu'on réunirait ensuite par la suture métallique. Cette opération, bonne et exécutable quand la portion d'uretère qui avoisine la fistule est encore libre, exposerait à la blessure du canal si les adhérences étaient prolongées dans une certaine étendue. Or, comme cette dernière disposition doit être la plus fréquente, il me paraît qu'en général il vaut encore mieux appliquer ici le procédé que je viens de proposer pour les fistules urétéro-vaginales indirectes, c'est-à-dire l'avivement dans le sens du trajet du conduit, suivi de l'incision de sa paroi vésicale.

On a agité, à propos de l'avivement, une question qui ressort spécialement de la physiologie, mais qui cependant n'est pas sans avoir quelques rapports avec la pratique : c'est celle de savoir quelles sont les régions du canal utéro-vulvaire qui présentent le plus de sensibilité et qui sont les plus douloureuses pendant l'action des instruments. On a dit que la sensibilité des tissus du vagin augmente à mesure qu'ils se rapprochent davantage de la vulve; M. Verneuil, entre autres, a émis cette opinion. Mes observations ne me permettent pas d'admettre une règle aussi absolue. J'ai bien remarqué que le corps du vagin est, en général, assez peu irritable, et que les lésions qui l'intéressent sont mieux supportées que celles des organes situés près de l'urèthre; mais j'ai observé en même temps que le col utérin est aussi plus sensible que le vagin, et que le col vésical présente cette propriété à un degré mieux accentué que toutes les autres parties voisines. D'après cela, il faudrait établir la progression de la sensibilité dans les différentes régions de la manière suivante : 1° le vagin; 2° le col utérin; 3° l'urèthre, et 4° le col vésical. On peut se convaincre de la réalité de cette progression en compa-

rant les observations V (4e opération), XII (1re, 2e et 3e opérations), XIV et XVIII, où il a été fait mention de la douleur occasionnée par la section des tissus.

C. Suture proprement dite.

Le temps et l'expérience ont fait justice de certaines sutures qui ont été autrefois proposées et dont plusieurs chirurgiens avaient cru pouvoir espérer de bons résultats. La suture entortillée, employée par Van Roonhuyse (p. 25), Nägele (p. 37), Betschler, Spezel, Coglioso (1), Roux (p. 52), Baroni, Rizzoli (2), au moyen d'aiguilles de plume de cygne, d'acier, d'argent, d'or; la suture en bourse, tentée par Dieffenbach, Sanson (3) et Esmarch (4); la suture du pelletier, proposée par Schreger (5) et Colombat (p. 53); la suture enchevillée, mise en usage par Gerdy (p. 56), Beaumont (6), M. Sims (1er procédé) (p. 111); toutes ces manières de pratiquer la réunion avec des fils passés, soit de la vessie dans le vagin, soit du vagin dans la vessie, sont successivement tombées dans l'oubli et la désuétude. La suture moniliforme ou en chapelet, préconisée par Metzler (1846) (p. 69), Burchard (7), Desgranges (1863) (p. 187), Duboué (1865) (p. 188), et qui n'est en somme qu'une suture enchevillée entrecoupée, quelquefois appliquée

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 103.

(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Boulogne*, 22 juin 1846.

(3) *Encyclographie des sciences médicales*, 1846, t. XXXI, p. 228.

(4) Freund, ouvrage cité, p. 103.

(5) Freund, id.

(6) Freund, id.

(7) Freund, id.

après un avivement ordinaire, quelquefois combinée, au contraire, avec le décollement préalable des bords de la fistule ou la formation de lambeaux autoplastiques, n'a pas pris non plus une bien grande place dans le traitement ordinaire des fistules. En envisageant la pratique générale de nos jours, on ne rencontre plus guère comme suture habituellement et généralement mise en usage, que celle à points séparés ou entrecoupée, employée dans toute sa simplicité, ou concurremment avec des moyens propres à fixer les fils, à égaliser la surface de la plaie ou à donner plus de précision et de solidité à la réunion.

Ce n'est pas sans des raisons fort plausibles qu'on a abandonné les anciennes sutures, car elles offraient toutes de grandes imperfections. Je ne parle pas de celles dans lesquelles on passait les fils, de la vessie dans le vagin, au moyen d'instruments particuliers engagés par l'urèthre : car on comprend, sans qu'il soit besoin d'y insister, qu'elles exposaient à produire de grands désordres matériels, et présentaient, du reste, de telles difficultés qu'elles devaient rarement procurer une exacte oblitération. Mais pour me borner à celles qui s'exécutaient par le vagin, il est évident que la suture entortillée, celle à points passés, la suture à surjet, la suture enchevillée péchaient toutes par le défaut d'indépendance de leurs différents points, indépendance souvent nécessaire cependant pour remplir certaines indications partielles et pour faire éviter que, dans le cas d'un accident survenu dans une partie de la ligne de réunion, l'ensemble de cette ligne ne soit compromis. En supposant qu'on exécute la suture entortillée sans passer le fil d'une aiguille à l'autre, et qu'on rende ainsi chaque point indépendant, il est impossible de lui enlever un autre inconvénient, celui d'être d'une exécution longue et difficile. Joignons à cela que cette suture, de même que la suture

enchevillée, a le défaut de maintenir dans le vagin des corps étrangers qui, par leur forme, leur volume et leur action, peuvent finir par intéresser les parois de l'organe. Ajoutons encore que celles de ces sutures qui sont accompagnées de la perforation complète de la paroi vésico-vaginale empruntent à cette circonstance une mauvaise qualité de plus. Quant à la suture moniliforme, elle offre le désavantage de n'agir que sur la base des bords avivés et de ne pas en ajuster assez complétement la partie libre, de manière que celle-ci est presque forcément abandonnée à la suppuration; de plus, le mode de compression qu'elle exerce expose à la formation de plis et de godets impropres à une adhésion solide et uniforme. Enfin, toutes les fois que l'une ou l'autre de ces sutures exige la formation préalable de lambeaux vaginaux détachés de leurs connexions avec la vessie, elle augmente sans nécessité la somme des accidents consécutifs qui sont à craindre, et tend ainsi à convertir une opération qui pouvait être très-bénigne en une autre beaucoup plus dangereuse.

La suture à points séparés ou entrecoupée telle qu'elle est aujourd'hui généralement employée, comprend la *double suture,* comme la pratique M. Simon, et la suture que je nommerai *simple,* pour la distinguer de la précédente. Elles se caractérisent toutes deux par le grand nombre de fils qu'elles présentent à des distances très-rapprochées et par la minceur de ces agents d'union, et diffèrent ainsi de la suture employée par Jobert (p. 87), qui était composée de fils gros et rares. La suture de M. Simon (p. 154) comprend deux rangées de fils, l'une formant ce qu'il nomme la suture *de rapprochement* ou *de détente,* l'autre constituant la suture *de réunion* ou *d'ajustement.* Ce sont ces rangées que M. Ollier, qui paraît partisan de cette espèce de suture, nomme *fils de soutien* et *fils de*

perfectionnement (1). Dans les cas ordinaires, M. Simon n'emploie que la dernière, et ce n'est que lorsqu'il faut exercer une forte traction sur les bords qu'il se sert de la suture de détente. Le principe fondamental de celle-ci, qui consiste à embrasser dans la plus grande étendue possible les tissus sur lesquels il faut exercer un grand effort de rapprochement, me paraîtrait excellent s'il était réalisable sans entraîner certains inconvénients presque inévitables. Malheureusement l'application des fils à une grande distance des bords en force pour ainsi dire le passage par la vessie (et c'est effectivement ce que M. Simon ne tient pas à éviter); d'un autre côté, si l'on cherche à détourner les liens de ce passage et à les maintenir dans la paroi vaginale, on doit craindre le rebroussement en dedans et la juxtaposition par leur surface épidermique des parties interceptées par la suture. Or, je ne pourrai jamais, pour les raisons que j'ai déjà indiquées, conseiller un procédé qui expose au premier de ces dangers; et quant au second, je le crois encore assez sérieux pour préférer tout autre mode opératoire qui n'est pas susceptible de le faire naître. La seule chose qu'il me paraît convenable de conserver de la double suture de M. Simon, c'est l'usage des points très-superficiels, qui donnent plus de précision à l'adaptation lorsque les lèvres de la plaie ont une tendance à se retourner vers leur bord libre.

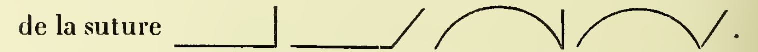
Avant d'entrer dans les détails que comporte la suture simple à points séparés, il est utile de faire d'abord quelques observations sur la manière dont il convient d'établir la ligne de réunion, en d'autres termes, de déterminer la direction qu'il faut donner à l'ensemble de la suture.

---

(1) Ollier, *Des sutures métalliques, etc.*, p. 41.

En thèse générale, l'avivement n'étant qu'une sorte de préparation à une certaine suture déterminée, il est tout simple que celle-ci se modèle à son tour sur la forme et la direction de l'opération préliminaire, et qu'elle en suive à l'occasion les inflexions, les déviations et les courbures (Obs. III, V (2e opération)). En se conformant à cette règle, il est bon d'en observer en même temps une autre, qui établit de ne former autant que possible qu'une seule et simple ligne de réunion. La raison de ce dernier précepte est que, lorsqu'on se comporte autrement, quand, par exemple, on donne à la réunion deux directions différentes dont l'une vient rencontrer l'autre en formant un angle, il y a toujours à cet angle un affrontement qu'il est extrêmement difficile de rendre parfait, et une accumulation de points enchevêtrés qui compromet la vitalité des tissus. Presque toujours cette ligne de conduite peut être suivie, même dans des cas assez compliqués. Cependant il arrive quelquefois qu'il est absolument impossible de s'y conformer; il faut bien alors tâcher d'atteindre le but par des réunions extraordinaires dont il faut subir les imperfections pour éviter de plus grands désagréments. Ainsi, supposons qu'une fistule de forme triangulaire soit tellement disposée, que deux de ses bords soient moins longs que le troisième, mais qu'ensemble ils dépassent de beaucoup l'étendue de celui-ci, il faudra nécessairement, quand on aura réuni la lèvre la plus longue avec une partie des deux lèvres les plus courtes, terminer la suture de l'excédant de ces dernières dans une direction différente de celle de la première ligne de réunion; on sera alors obligé de donner à la suture la forme plus compliquée d'une ligne tombant perpendiculairement ou obliquement sur le trajet d'une autre ligne ⊥ ⟍__ ⁄⁀⟍ ⟍‿⁄

(Obs. VII (2e opération)). Quelquefois il pourra être

nécessaire de faire tomber la ligne perpendiculaire ou oblique formée par une réunion partielle, sur l'extrémité de l'horizontale ou de la courbe représentée par l'autre partie de la suture .
Dans certaines fistules très-grandes, surtout quand elles présentent une forme anguleuse et que le rapprochement ne se fait pas avec la même facilité dans les différentes parties de leur contour, on peut être forcé de donner à la ligne de réunion des formes encore plus composées et de la disposer comme dans les tracés ci-contre : (1). Mais il est si rare de rencontrer toutes ces dispositions défavorables réunies, et les ressources de la nature pour se prêter à des rapprochements, sinon immédiats, du moins lents et successifs, sont si grandes, qu'il pourra fort bien arriver aux chirurgiens même les plus habitués à traiter des fistules uro-génitales, de ne jamais se trouver dans la nécessité de mettre à contribution ces modes défectueux et compliqués.

La forme, le volume et la direction des aiguilles qui doivent servir à passer les fils ne sont pas de peu d'importance dans une opération où les moindres détails ont leur prix et sont de nature à modifier les résultats. Il faut que la disposition de ces tiges perforantes soit déterminée d'après deux considérations essentielles : 1° la direction du trajet qu'elles doivent parcourir dans les tissus, et 2° la facilité de leur introduction et de leur extraction. Plusieurs chirurgiens américains, parmi lesquels M. Sims, semblent

(1) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, pp. 174 et suivantes.

avoir été tout particulièrement préoccupés de la première considération; et, en donnant à leurs aiguilles une forme à peu près droite, en en aplatissant et recourbant seulement un peu la pointe, ils ont cru remplir le mieux possible les indications d'éviter de toucher à la vessie et de traverser les deux lèvres dans la direction d'une ligne courbe appartenant à un assez grand arc de cercle. Mais ils n'ont pas suffisamment eu égard, selon moi, à la seconde considération, car très-souvent leurs aiguilles ne peuvent être extraites, soit par suite du siége qu'occupe la fistule, soit à cause de modifications survenues dans la disposition du canal vulvo-utérin. Je conçois fort bien que, lorsque ce canal est large et que la fistule est placée vers le milieu de la cloison vésico-vaginale, des aiguilles presque droites et d'une certaine longueur puissent être introduites et retirées sans la moindre difficulté, et qu'on les choisisse par conséquent pour ces cas à cause de leurs avantages particuliers et incontestables. Mais il en est tout autrement quand le vagin est étroit; et la même difficulté se présente dans le cas où la fistule se trouve dans le voisinage du col utérin ou dans son intérieur, ou bien lorsqu'elle a contracté des adhérences avec des surfaces osseuses plus ou moins concaves. En effet, dans les environs du col de la matrice, si l'on fait une suture dont les points soient dirigés d'avant en arrière, on peut bien introduire facilement l'aiguille dans les deux lèvres de la plaie, mais quand il s'agit de la retirer (ce qu'il faut faire naturellement dans la direction de la ligne prolongeant son trajet dans les tissus), on est arrêté par le cul-de-sac vaginal, dont le fond n'est pas assez éloigné du point de sortie de l'instrument pour ne pas être blessé par celui-ci avant sa sortie complète. Quand les aiguilles doivent être introduites dans des parois soudées à un os concave, comme le pubis, par exemple, les lèvres de la

plaie ne pouvant être soulevées à l'endroit de ees adhérenees, il faut contourner exaetement la surface osseuse, chose impossible avee une tige droite ou à peu près droite. Toutes ces cireonstanees, et plusieurs autres que l'on imagine faeilement, font que les aiguilles de M. Sims, si elles sont exeellentes dans la grande majorité des cas, si elles facilitent le trajet le plus eonvenable à travers les chairs, sont cependant loin de pouvoir toujours eonvenir, et qu'il est bon d'en avoir à sa disposition qui présentent des grandeurs différentes et des eourbes d'un rayon plus petit. M. Baker-Brown en a fait confectionner de quatorze espèees (p. 130) : c'est là un luxe peut-être un peu exagéré; eependant on sera souvent heureux d'avoir sous la main tantôt des aiguilles plus fortes, tantôt de plus délieates, représentant iei une petite portion d'un grand eerele, là une grande portion d'un petit eerele, un are plus courbé vers la pointe qu'à l'autre extrémité ou *vice versâ*, de plus eourtes ou de plus longues, et quelques autres formes eneore que l'instinct chirurgieal et l'habitude apprennent à approprier aux exigenees spéeiales des eas que l'on a à traiter.

J'ai été souvent foreé, malgré ma prédileetion pour la forme elassique des aiguilles amérieaines, d'en prendre d'une courbure différente, et même de mettre en usage les aneiennes aiguilles de Jobert de Lamballe (p. 86). On verra dans les observations XI (1re opération), XII (3e opération), XIII, XV, XVI, XVIII, les eirconstances qui m'ont foreé à me conduire ainsi.

J'ai ici une remarque à faire relativement à l'élargissement, à l'espèce de ventre que l'on donne ordinairement aux aiguilles à une petite distanee de leur pointe. Tant que cet élargissement ne dépasse point eertaines limites, il est utile en ee qu'il facilite le passage du reste de l'aiguille; mais s'il est trop marqué, il arrive, surtout quand on perfore

des parties plus ou moins denses, qu'immédiatement après la sortie du renflement, le reste de l'instrument le suive brusquement en communiquant à la main une secousse qui lui enlève la liberté et la précision de son mouvement. C'est là un inconvénient qui peut avoir pour conséquence la pénétration de la pointe de l'aiguille dans des parties qui doivent être respectées, et même quelquefois des déchirures dans la région déjà perforée. Il faut donc garder un juste milieu entre des aiguilles trop renflées vers la pointe et des aiguilles trop régulièrement coniques.

Pour passer facilement l'aiguille à travers les tissus, il faut d'abord la saisir solidement au moyen d'un long porte-aiguille, dont les mors permettent de diriger dans tous les sens la pointe de la tige perforante. La pince porte-aiguille à anneaux de M. Sims peut certainement servir à cet usage; mais elle offre néanmoins le désavantage de forcer le chirurgien à combiner un effort de pression avec les mouvements délicats qui doivent déterminer le passage régulier de l'aiguille dans les chairs; et d'ailleurs, le peu de largeur de ses mors, s'il présente une garantie contre la rupture de la tige perforante, expose au vacillement et au changement de direction de celle-ci. Le porte-aiguille de M. Spencer Wells, dont les mors sont plus larges, est moins sujet à ce dernier inconvénient; mais, par contre, il produit plus facilement le bris de l'aiguille, surtout quand il faut la saisir à l'endroit d'une courbure. Les porte-aiguille à coulisse, comme celui de M. Bozeman, ont le défaut d'être quelquefois dégagés et retirés avec difficulté, le mouvement de la coulisse pouvant être rendu difficile lorsqu'elle a été souillée par le sang; du reste, on peut faire à leurs mors les mêmes reproches qu'à ceux de l'instrument de M. Spencer Wells. J'ai généralement préféré me servir d'un porte-aiguille inventé en Amérique, et que j'ai modifié de manière

à lui donner les dispositions représentées dans la figure ci-contre. Les mors de cet instrument sont hémisphériques et présentent, l'un des cannelures, et l'autre des rainures sur les surfaces qui se regardent; ils permettent de porter l'aiguille dans toutes les directions. La pression sur l'aiguille et l'immobilisation de celle-ci sont maintenues par le jeu d'un appareil à encliquetage, et la rupture en est évitée au moyen d'une perforation ou d'une excavation ménagée sur le milieu des mors. Quand le cliquet a manœuvré, les deux instruments n'en font plus qu'un, et le chirurgien peut s'occuper exclusivement de la perforation des tissus sans que son attention soit distraite par le maintien de l'aiguille.

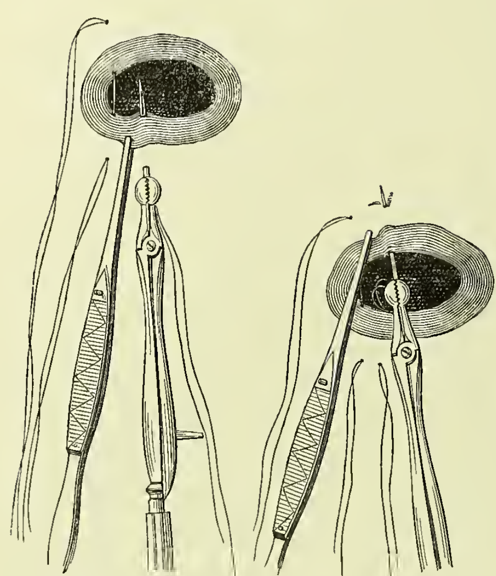
On a cru bien faire, pour éviter les inconvénients du porte-aiguille, de fixer l'aiguille à un manche, et de plus, on a imaginé de passer le fil définitif du premier coup, au moyen d'un chas pratiqué dans le voisinage de la pointe (M. Schuppert (p. 195)), ou d'un trajet tubulaire creusé dans le corps de l'instrument (MM. Simpson (p. 131), Courty (p. 184), Ollier (1)). Ce sont là des expédients qui peuvent paraître attrayants pour ceux qui tiennent avant tout à procéder avec célérité et qui comptent les minutes qu'ils mettent à exécuter la manœuvre opératoire. Mais pour les chirurgiens qui s'attachent plutôt à la précision qu'à la vitesse et qui connaissent les nombreuses complications qui peuvent forcer à varier le mode d'introduction des aiguilles, ces modifications perdent

(1) Ollier, *Des sutures métalliques, etc.,* p. 34.

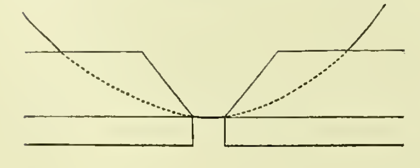
beaucoup de leur valeur. En effet, on peut alléguer avec raison que, si elles dispensent de la nécessité d'enfiler d'abord les aiguilles avec un fil de soie à anse et d'y substituer ensuite un lien métallique, la présence du chas ou de l'orifice tubulaire près de la pointe de l'intrument rend celui-ci plus grossier et moins pénétrant, donne par conséquent moins de délicatesse et de perfection à son introduction, et doit le forcer souvent à produire une lésion moins nette et plus étendue. En outre, si l'aiguille porte-fil peut être assez facilement maniée dans les cas simples, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi : la preuve en est dans le grand nombre de modèles de toutes les formes et de toutes les courbures qu'on a été obligé de confectionner pour les rendre applicables aux différentes dispositions des fistules. Il faut encore ajouter que, l'instrument présentant un certain poids, il peut, pendant qu'on l'abandonne un moment pour en extraire le fil, tirailler les chairs dans lesquelles l'aiguille est engagée, et compromettre plus ou moins l'intégrité du point de suture. Pour moi, je me suis servi une fois de l'aiguille tubulée de M. Simpson (Obs. II (4e opération)); mais j'y ai renoncé, parce qu'il m'a paru que les aiguilles libres, pouvant être dirigées à volonté dans tous les sens, me donnaient beaucoup plus d'aisance et de facilité. En somme, ce détail de la manœuvre opératoire est encore un de ces points qui peuvent être adoptés ou rejetés au gré des convenances ou des habitudes personnelles du praticien, et qu'il n'est pas indispensable de régler par des indications positives et absolues.

Que l'on adopte telle ou telle forme d'aiguille et tel ou tel moyen de préhension, il faut, au moment de la formation du point de suture, saisir les lèvres de la plaie pour les porter vers l'instrument perforateur et en faciliter l'action. A cet effet, les uns se servent du crochet aigu,

les autres de la pince à dents. Pour les raisons que j'ai exprimées à propos de l'avivement, je préfère encore ici la pince aux instruments crochus, car elle permet de soulever, d'attirer, de repousser, d'aplatir les lèvres, toutes manœuvres qui peuvent être indispensables et qu'on ne peut pas toujours exécuter, du moins avec la même facilité et la même précision, au moyen du ténaculum. Celui-ci, selon moi, n'a d'utilité et de supériorité réelles que lorsqu'il faut retourner une lèvre rebroussée vers la vessie, soulever le fond d'une fissure ou d'une anfractuosité, ou saisir une cicatrice adhérente qu'il serait difficile d'accrocher avec la pince.



J'ai donné plus haut la description du mécanisme suivant lequel s'opère le rapprochement des lèvres de la fistule dans une suture appliquée après un avivement en biseau. Pour que ce mécanisme s'exécute convenablement, il faut que l'aiguille traverse les tissus dans la direction d'une ligne très-légèrement courbe, interceptant entre elle et la surface avivée une épaisseur d'autant moindre qu'elle se rapproche davantage du liseré formant le bord de l'orifice fistuleux. Autant que possible, le sommet du triangle ainsi intercepté doit



encore avoir une certaine épaisseur, un millimètre par exemple; quant à sa base, il faut qu'elle ait une assez grande étendue pour offrir une résistance suffisante à la traction du fil, et qu'elle ne dépasse cependant point certaines limites au delà desquelles on serait exposé au rebroussement des deux lèvres. Généralement on prescrit d'enfoncer les aiguilles à un centimètre de l'avivement. J'ai souvent suivi cette règle; mais j'ai remarqué que cette distance est un peu trop grande, et qu'en l'adoptant on commence déjà à provoquer le renversement des bords. Il me paraît qu'il vaut mieux, dans les cas ordinaires, placer les points de suture à environ huit millimètres seulement de la circonférence de l'avivement. Au moment de l'introduction des aiguilles en cet endroit, il convient d'en présenter la pointe presque perpendiculairement à la paroi vésico-vaginale, afin de n'y point former un bec de flûte qui se déchirerait à la moindre traction : on y parvient facilement en soulevant le bord avec la pince de manière à lui faire faire un angle presque droit avec les surfaces voisines.

A quelle distance les uns des autres faut-il placer les fils? Il y a ici deux écueils à éviter : si on les écarte trop, il peut arriver que les parties intermédiaires ne soient pas assez comprimées pour empêcher la filtration de l'urine; si, au contraire, on les rapproche outre mesure, on risque de trop affaiblir les bords de la plaie, de provoquer la confluence du travail pathologique qui s'opère dans le trajet de chacun des points, et d'endommager ainsi la substance saine qui les sépare et qui doit résister à la destruction de la soudure. Il faut donc tenir un juste milieu entre ces deux extrêmes, en se rappelant qu'en employant des aiguilles d'un volume moyen on diminue l'étendue du processus inflammatoire consécutif, et qu'en se servant de fils métalliques on détermine une réaction beaucoup moindre que lorsque l'on met en usage d'autres liens végé-

taux ou animaux. J'ai presque toujours introduit les fils à trois ou quatre millimètres l'un de l'autre, et je me suis bien trouvé de cette pratique, que je crois pouvoir conseiller d'une manière générale.

Une précaution essentielle est de placer les points à la même distance sur les deux lèvres, de manière que chacune de celles-ci ait une tension égale dans les espaces interceptés par les fils, et qu'elles y soient exemptes de tout godet susceptible de nuire à l'exactitude de la juxtaposition. Il y a toutefois des exceptions à cette règle : lorsque, par exemple, la ligne suturale doit être courbe, il y a toujours une des lèvres, la plus excentrique, qui est plus longue que l'autre; cela étant, on conçoit que, si l'on plaçait les points d'entrée et ceux de sortie à la même distance l'un de l'autre, on arriverait à la fin de la réunion avec un excédant de substance de la lèvre la plus étendue, excédant dont on ne saurait que faire. Pour éviter cet inconvénient, il faut donner à chaque point la direction d'un rayon partant du centre des cercles représentés par les bords de l'ouverture anormale, de telle sorte que les trous d'émergence sur la lèvre la plus longue soient plus écartés que les trous d'incidence sur la lèvre la plus courte (Obs. XI (1re opération)). Il en résulte, quand la courbe est très-prononcée, un peu de froncement sur le bord périphérique, froncement qui nuit à la perfection de l'adaptation, mais qu'il n'est pas possible d'empêcher. Cette imperfection, qui est rarement assez prononcée pour compromettre le résultat définitif, ne doit cependant pas être considérée comme insignifiante; elle doit même faire éviter autant que possible les sutures courbes et engager le praticien à donner en général la préférence aux sutures rectilignes.

Faut-il traverser les deux lèvres de la fistule isolément, ou bien vaut-il mieux les enfiler d'un seul coup? C'est encore là une question à laquelle il est impossible de

répondre d'une manière absolue, et qui réclame une solution différente suivant le procédé que l'on suit et les variétés que présentent les lèvres de la plaie. Les chirurgiens qui se servent d'une aiguille soudée à un manche et tubulée ou perforée, ne peuvent guère se dispenser de traverser les deux lèvres à la fois. Ceux qui entrent volontairement dans la vessie en perforant toute l'épaisseur de la paroi vaginale, n'ont aucune raison de ne pas faire le point de suture en un seul temps, et ils en ont au contraire de l'exécuter ainsi, puisqu'il leur est assez difficile, une fois le premier temps achevé, de reporter l'aiguille dans la cavité vésicale à l'endroit voulu pour que la seconde moitié de la suture concorde exactement avec la première. Mais les praticiens qui tiennent à pratiquer un avivement large et à se servir d'une aiguille libre pour traverser la paroi vaginale en ménageant la vessie, se trouvent quelquefois en présence de circonstances qui les engagent à se servir tantôt de l'un, tantôt de l'autre procédé. Le plus souvent, quand on trouve le pourtour de la fistule à l'état de la plus grande simplicité, il est plus avantageux, quoi qu'en aient dit beaucoup de chirurgiens, d'achever le point de suture en une seule fois; car on est toujours un peu plus sûr, en se comportant ainsi, de piquer la seconde lèvre au point précis où elle doit l'être pour qu'il en résulte un affrontement parfait. Je me suis presque toujours comporté de cette manière lorsque les bords étaient favorablement disposés pour cela, comme dans quelques-unes de mes opérations (Obs. I, II). Mais lorsqu'il y a quelque obstacle résultant soit de l'écartement des bords, soit de l'adhérence de l'un d'eux, soit de la différence de leur direction, soit de toute autre disposition qui empêche l'exécution facile de cette manœuvre, il faut bien se résoudre à passer l'aiguille en deux fois. C'est ce qui m'est arrivé dans les observations XII (1re opé-

ration), XIII, XVI, XIX (2e opération). On peut même se trouver dans la nécessité d'introduire le fil, non pas en deux, mais en trois temps, comme on peut le voir dans l'observation V (1re opération). Bien plus! il peut se faire que l'on soit obligé de traverser l'une des lèvres avec une aiguille droite, et l'autre avec une aiguille courbe, ce qui entraîne l'obligation de réenfiler le second de ces instruments entre les deux temps du point de suture (Obs. XIII, XVIII (1re opération), XIX (2e opération)). Tous ces incidents retardent un peu la marche de l'opération; mais, avec de l'attention et de la patience, on parvient presque toujours à les empêcher d'agir défavorablement sur la bonne terminaison de la manœuvre chirurgicale.

On a vu plus haut que, lorsqu'il y a deux fistules rapprochées, j'ai l'habitude d'aviver la face vaginale seulement du pont intermédiaire, en en laissant intacte la portion vésicale. Pendant l'introduction des aiguilles, je ne leur fais point traverser cet isthme et je me borne à les faire glisser sous lui; les fils sont ainsi logés entre sa face saignante et la région profonde des parties avivées (Obs. XVIII (1re opération)), de sorte que celles-ci doivent contracter adhérence avec lui par la simple juxtaposition des surfaces.

Pendant tout le temps que dure le passage des aiguilles, les opérateurs qui tiennent à ne se servir que de la paroi vaginale doivent se préoccuper constamment du soin de ne pas toucher la membrane musculeuse de la vessie. Avec des notions anatomiques exactes sur l'épaisseur relative des deux organes et un peu d'habitude dans l'introduction des aiguilles, il est toujours assez facile d'aller, pour ainsi dire instinctivement, aussi profondément qu'il le faut sans pénétrer au delà de ce qu'il convient de traverser. On est du reste averti de l'arrivée de l'instrument aux limites qu'il ne doit pas dépasser, par le défaut de résistance

que l'on éprouve et par une augmentation de douleur qu'accuse ordinairement l'opérée lorsqu'on entre dans la substance vésicale. Dans les cas où il y a du doute, la sonde, introduite dans la vessie et dirigée à la rencontre soit du doigt, soit d'un autre instrument porté dans le vagin, fait assez bien apprécier l'épaisseur de la totalité de la cloison, ce qui conduit, par abstraction, à savoir à peu près au juste jusqu'où il convient d'y porter l'aiguille (Obs. VI). Cette précaution est surtout indiquée lorsqu'on opère une fistule située près du repli péritonéal utéro-vésical (Obs. XVI), ou quand la lèvre antérieure du col utérin est intimement identifiée avec la vessie (Obs. XIII), ou lorsque les parois génito-urinaires sont confondues, même à l'état normal, comme cela a lieu à la région du canal de l'urèthre et du col vésical (Obs. XII (1re et 3e opérations), XVIII (2e opération)).

Pour faciliter l'extraction de l'aiguille des lèvres de la plaie, M. Sims se sert volontiers du crochet mousse ou d'une petite fourche au moyen desquels il exerce une contre-pression en sens inverse du trajet de l'instrument perforant. Ce sont là des moyens adjuvants fort précieux, malgré leur peu d'importance apparente. En effet, quand la pointe de l'aiguille est sortie des chairs, il arrive souvent que, si l'on néglige ou qu'on abandonne la contre-pression, elle y rentre, et rend ainsi son extraction impossible. Ce qu'il y a de mieux à faire pour éviter presque à coup sûr ce désagrément, c'est de passer le crochet mousse derrière la pointe et de l'accrocher en l'attirant à soi, tout en exécutant en même temps le mouvement de contre-pression; la pointe est, par ce moyen, rendue saillante et parfaitement visible, et l'on peut facilement la saisir soit avec une longue pince, soit avec le porte-aiguille de M. Sims. Ce dernier instrument vaut mieux que l'autre, par la raison que, les mors en étant un peu plus larges, permettent de prendre

l'aiguille avec plus de sûreté, et que, leur articulation avec les branches étant très-voisine de leur extrémité, il en résulte une grande force dans la pression exercée sur la tige métallique, ce qui expose naturellement moins à la laisser échapper. Une fois bien saisie, la pointe de l'aiguille doit être retirée dans la direction de son corps, c'est-à-dire dans le sens d'une ligne droite si celui-ci est rectiligne, et en lui faisant décrire une courbe s'il représente un segment de cercle; cela doit être exécuté, bien entendu, sans blesser le vagin, ce qu'on obtient facilement en éloignant et en protégeant les parois de cet organe avec le spéculum.

L'aiguille une fois extraite, il faut retirer à sa suite la moitié de la longueur du fil, pour pouvoir la joindre à l'autre moitié et les porter ensemble à l'extérieur du vagin. Comme le fil doit être assez long pour que les deux chefs puissent en être facilement maniés et placés à l'écart hors de la vulve, il est nécessaire d'en faire passer au moins quinze centimètres à travers les lèvres de la fistule. Or, ce passage froisserait l'intérieur du trajet frayé par l'aiguille et endommagerait surtout l'orifice de sortie, malgré la cire, le cérat ou l'huile dont on aurait eu la précaution d'enduire le fil, si l'on ne pratiquait pas l'extraction de celui-ci suivant la direction du point de suture. Pour être sûr de ne pas manquer à cette indication, il est bon de se servir de l'un des moyens suivants : saisir le fil avec le porte-aiguille de M. Sims ou avec une longue pince, et l'extraire par petites portions successives dans le sens voulu, ce qui est fort peu commode; ou se servir de l'extrémité du doigt indicateur gauche placée sur le fil au delà de l'ouverture de sortie, et faire exécuter à ce doigt de petits mouvements dirigés vers le point du vagin qu'atteindrait le prolongement de la ligne tracée par l'aiguille, pendant que la main droite tire verticalement sur le lien; ou bien, pour éviter

les embarras que donne encore assez souvent ce mode d'extraction, employer le *fulcrum* qui est destiné spécialement à l'ajustement des points de suture métalliques, et par son moyen enfourcher le fil de manière que le fond de la fente de l'instrument serve en même temps de poulie de renvoi et de refouloir conduisant le lien dans la direction convenable.

Le nombre des fils qui doivent être placés étant généralement assez grand, ces liens se brouilleraient, se noueraient, s'enchevêtreraient au point de ne plus pouvoir être retrouvés dans l'ordre de leur introduction, si l'on n'employait un moyen propre à les classer au fur et à mesure de leur sortie du vagin. On a eu recours à différents expédients pour arriver à ce but et pour reconnaître facilement chacun d'eux au moment de la suture. M. Atlee (p. 152) nouait séparément les deux extrémités de chaque lien à un fil latéral; M. Gaillard (p. 188) a proposé de fixer les extrémités des fils à des grains de verroterie troués et colorés dans l'ordre de succession des teintes du spectre solaire; M. Sims (p. 117) fait usage d'une planchette garnie d'entailles dans lesquelles il engage successivement les fils, qui s'y maintiennent par leur simple adhérence aux parois. J'ai toujours préféré le moyen indiqué par ce dernier chirurgien, parce qu'il n'impose pas l'obligation de faire des nœuds, qui, lorsqu'ils sont imbibés de sang et d'urine, sont quelquefois difficiles à défaire et exigent pour cela des efforts qui compromettent la solidité des liens. La rigidité et la continuité de la planchette préservent du reste beaucoup mieux de l'embrouillement des fils que les autres moyens, dont la flexibilité ou la mobilité exposent encore un peu à cet accident.

Quand tous les liens ont été introduits et classés dans un ordre régulier, on a à choisir, si l'on s'est servi non de fils végétaux mais de fils de soie, entre la suture animale

et la suture métallique; en d'autres termes, on peut ou reprendre un à un tous les fils de soie et les fixer définitivement, ou bien les faire servir au placement de fils de fer, d'argent ou de tout autre métal. Ceci me conduit à l'examen d'une question des plus importantes, celle des propriétés des différents moyens de striction qui ont été employés pour réunir les lèvres des plaies en général et celles des fistules en particulier.

Jusque dans ces derniers temps, les sutures se pratiquaient ordinairement avec des fils végétaux ou animaux; ceux-ci étaient de chanvre, de coton ou de soie, quelquefois, par exception, de caoutchouc (Leroy-d'Étiolles (p. 60), Rigal, Atlee (1)), ou de crin (G. Simon (2)). Ce n'est que dans des cas isolés, et sans avoir la prétention d'appliquer ce mode de réunion d'une manière générale, que l'on se servait de fils métalliques. L'agrafe de Celse, les aiguilles de fer ployables de Fabrice d'Aquapendente, le fil de plomb de Percy, de Dieffenbach et de Mettauer, les épingles repliées à leurs extrémités du chirurgien de Berlin, les ligatures de métal de Henry Levert (3), tous ces moyens avaient été mis en usage pour ainsi dire accidentellement sans passer dans la pratique commune. L'emploi des aiguilles ou des fils de métal dans la suture uro-génitale avait été tenté par Mettauer (p. 104) (4), Gosset (p. 105) (5), Baroni (p. 55) (6), Metzler (p. 69) (7), mais aussi sans avoir

---

(1) Follin, ouvrage cité, p. 15.

(2) G. Simon, *Ueber die Heilung, etc.*, 1862, p. 99.

(3) Ollier, *Des sutures métalliques, etc.* Paris, 1862, pp. 8 et suivantes.

(4) *The american Journal of the medical sciences,* 1847.

(5) *The Lancet,* 29 novembre 1834, p. 346.

(6) *Comptes-rendus de l'Académie de Bologne,* 22 juin 1846.

(7) *Prager Vierteljahrschrift für prakt. Heilkunde,* 1846.

eu le pouvoir d'attirer l'attention des chirurgiens et de prendre racine dans la thérapeutique des fistules. Ce n'est que lorsque M. Sims (p. 112) (1) eut fait connaître sa méthode de traitement que la suture métallique entra définitivement dans les coutumes chirurgicales, et prit une telle importance dans l'opération de la fistule uro-génitale, que beaucoup de praticiens la regardèrent comme indispensable. C'est aussi depuis ce temps que plusieurs chirurgiens firent des recherches et des expériences à l'effet d'établir des principes positifs relativement à son mode d'action, à ses qualités et à ses défauts.

MM. Simpson (2), Verneuil (3) et Follin (4), en s'engageant dans cette voie, arrivèrent à des conclusions favorables à l'emploi des fils métalliques, dont MM. Letenneur (5) et Ollier (p. 181) (6) cherchèrent à leur tour à démontrer la supériorité. Au contraire, Malgaigne (p. 157) (7) et M. Simon (p. 156) (8) déduisirent de leurs expériences des conséquences tout à fait opposées, et se montrèrent les adversaires des sutures de métal. Jobert (9), MM. Labbé (10), Richet, Bauchet (11), etc., refusèrent absolument de leur reconnaître les qualités

---

(1) Marion Sims, *Silver sutures in Surgery, etc.,* 1858.

(2) *Medical Times and Gazette,* 1859, t. I, p. 3.

(3) *Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris,* 1860-1861, t. XXVI, p. 175.

(4) *Archives générales de médecine,* avril et mai 1860.

(5) *Gazette médicale,* 1862, t. XVII, p. 102.

(6) Ollier, *Des sutures métalliques, etc.* Paris, 1862.

(7) L. Labbé, *Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires de la femme, par la méthode française.* Thèse, Paris, 1861.

(8) G. Simon, *Ueber die Heilung, etc.,* 1862, p. 122.

(9) Jobert, *De la réunion en chirurgie,* 1864, pp. 234 et suiv.

(10) Thèse citée.

(11) *Séance de la Société de chirurgie du* 31 *juillet* 1861.

qu'on leur attribuait. J'ai pendant longtemps partagé toutes les espérances des premiers de ces expérimentateurs, et j'ai cru comme eux que le nouveau mode de réunion des Américains était destiné à amener une grande révolution dans les moyens de synthèse chirurgicale. Lorsqu'en 1862, je soumis à l'Académie de médecine de Belgique mes réflexions sur les opérations de fistules uro-génitales pratiquées par M. Sims dans mon service, à l'hôpital, j'exprimai l'espoir de voir bientôt les sutures métalliques employées d'une manière presque générale. Depuis cette époque, l'expérience acquise m'a forcé d'abandonner en partie cette confiance et cet optimisme. En 1863 déjà, dans un autre mémoire que j'adressai à la même société savante, je crus devoir modifier un peu mes premières opinions. Aujourd'hui que j'ai eu l'occasion de faire de nouveaux et nombreux essais, j'ai encore à y apporter quelques modifications, tout en appuyant cependant davantage sur des vérités que le temps n'a fait que me rendre plus évidentes et plus incontestables.

Les partisans des sutures métalliques admettent presque tous qu'il faut se servir de fils fins et les rapprocher les uns des autres, afin de répartir entre un grand nombre la traction qui doit s'exercer sur l'ensemble des bords de la plaie. C'est en considérant ces liens comme possédant ces petites dimensions, qu'ils leur attribuent la propriété d'être moins irritants, de pénétrer moins rapidement dans les tissus, d'être mieux tolérés et de produire moins de suppuration. M. Ollier dit que le fil fin coupe moins que le gros par la raison que la section des chairs se fait par ulcération, et non par une action mécanique. Toutefois, ajoute-t-il, pour que cet effet se produise, il faut qu'il n'y ait pas de tiraillement qui agisse sur les bords réunis. Il attribue les propriétés du fil métallique

à la constance de son volume, à l'impossibilité où il est de s'imbiber des sucs environnants, au poli de sa surface, et à la propriété qu'il a de maintenir la plaie dans les meilleures conditions de fixité et de rapprochement, l'anse métallique ayant une forme permanente (1). M. Simon (p. 156) (2) croit que les différences que l'on observe dans l'action irritante des divers agents de la suture dépendent, non de la nature de leur substance, mais de leur grosseur, et il est persuadé que la soie fine est aussi bien tolérée dans les tissus que les fils métalliques d'un même volume. Il prétend encore que les liens de métal coupent tout autant les lèvres de la plaie que ceux qui sont composés d'une matière végétale ou animale. Et quant à la puissance attribuée aux premiers, de mieux soutenir les lèvres de la fistule, il la conteste, la section qu'ils ont déterminée tout d'abord les empêchant, selon lui, de pouvoir continuer à agir dans le sens du rapprochement; il va même jusqu'à les accuser de s'opposer par leur rigidité à la cicatrisation des fistules consécutives. Pour lui, les succès des praticiens qui ont adopté les liens métalliques sont le résultat, non de l'usage de ces moyens d'union, mais de la perfection du manuel opératoire et de la thérapeutique employés.

Pour démêler la vérité au milieu de ces assertions contradictoires, j'ai cru devoir recourir à l'analyse des différents éléments de la question, et instituer de mon côté quelques expériences propres à en éclairer certains points controversables et controversés.

Il est généralement reconnu que la présence des corps métalliques et des métalloïdes dans les tissus est infiniment mieux supportée que celle des corps organiques; cette

---

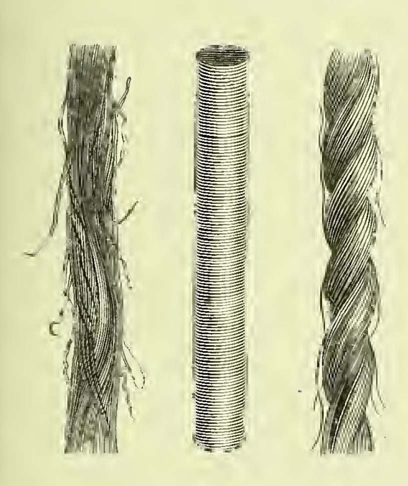
(1) Ouvrage cité, p. 55.

(2) *Ueber die Heilung, etc.*, 1862, pp. 88 et suivantes.

vérité ne pourrait être niée qu'en fermant les yeux sur ce qu'enseigne l'expérience de tous les jours. En effet, nous voyons que les boucles d'oreilles, les anneaux métalliques dont certains sauvages se perforent d'autres parties du corps, la matière du tatouage, des morceaux de charbon, des aiguilles, des balles, des grains de plomb, séjournent ou cheminent souvent dans les différentes parties du corps sans y déterminer ni douleur ni inflammation. Au contraire, les ligatures non métalliques, les morceaux de bourre, de vêtements, de bois introduits accidentellement dans l'organisme, y suscitent inévitablement un travail suppuratif et éliminateur qui accuse de la manière la plus évidente l'antipathie des tissus vivants pour ces corps étrangers. Il ne peut donc être un instant douteux que les fils métalliques, envisagés comme *substance*, comme *matière*, jouissent dans l'économie d'un droit d'hospitalité, sinon absolu, au moins infiniment supérieur à celui des fils organiques

La même supériorité, au point de vue de la tolérance, doit encore leur être accordée, si on les considère comme *surface*. La raison indique qu'un corps poli, lisse, doit être beaucoup moins irritant qu'un corps couvert d'aspérités : car il est évident que, leurs diamètres étant égaux, le second offre un plus grand nombre de points de contact avec les tissus, et possède par conséquent une action plus étendue comme substance étrangère; ensuite, comme il n'est pas possible d'admettre que les fils restent complétement immobiles dans les parties qu'ils traversent, ceux qui sont rugueux, pendant ces mouvements inévitables, exposent davantage à la dilacération des tissus que ceux qui ont des propriétés physiques opposées. Or, si l'on examine au microscope trois fils, dont l'un est formé de chanvre, le deuxième d'argent et le troisième de soie, on observe que celui d'argent seul est exempt de toute rugosité. Les deux

autres, au contraire, comme on peut le voir dans les figures ci-contre, où les fils sont représentés grossis au microscope, offrent des inégalités nombreuses et évidentes : elles résultent, pour celui de chanvre, de bosselures irrégulières qui en rendent les diamètres variables, de côtes plus ou moins saillantes, de filaments qui s'en détachent, et, pour celui de soie, elles sont produites par les tours de spire des deux fils enroulés qui le constituent, par les brins qui forment ceux-ci, et par de petits flocons qui s'en échappent de distance en distance. Il y a, pour cette dernière espèce de fils, moins d'inégalités dans la fine soie nommée *soie de dentiste*, puisque chez elle les spires manquent; mais ce n'est jamais au point de présenter une surface tout à fait lisse.



Si l'on examine les différentes espèces de fils sous le rapport de *la fixité de leur forme et de leur volume*, ceux de métal conservent encore l'avantage. Quelles que soient les tractions qu'on leur fasse subir, quel que soit l'état des tissus au milieu desquels ils se trouvent, ils maintiennent invariablement leur disposition extérieure et leurs diamètres. Il n'en est pas de même des ligatures animales ou végétales, qui se raccourcissent, se déforment, se gonflent, subissent, en un mot, des changements qui en rendent l'action moins précise et l'influence sur la plaie plus inconstante et moins bénigne. On peut juger de ces variations par les résultats suivants, obtenus sur des fils que j'ai examinés successivement, secs ou mouillés, à l'état de relâchement ou de tension :

Un fil de soie de cinquante centièmes de millimètre de diamètre a présenté les changements suivants :

Sec et non tendu	0'''50,
Sec et fortement tendu	0'''55,
Mouillé et non tendu	0'''52,
Mouillé et fortement tendu.	0'''40,

les mesures étant prises sur les spires.

Dans l'intervalle des spires, il y avait :

Sur le fil sec et non tendu.	0'''42,
Sur le fil sec et fortement tendu	0'''30.

Un fil de chanvre, soumis aux mêmes expériences, a présenté :

Sec et non tendu	0'''66,
Sec et fortement tendu	0'''60,
Mouillé et non tendu	0'''92,
Mouillé et fortement tendu.	0'''75,

les diamètres étant mesurés sur les endroits où le fil offrait une épaisseur moyenne.

Un fil métallique, placé dans les mêmes circonstances, ne subit aucune modification.

Cette immuable fixité de configuration de cette dernière espèce de liens dépend de leur *inextensibilité* et de leur *imperméabilité*, propriétés que ne possèdent point les fils organiques, et qui sont de nature à leur donner d'autres avantages encore que ceux qui résultent de leur action mécanique. En effet, elles les préservent de toute modification intérieure qui pourrait leur donner des qualités nuisibles aux parties du voisinage et à l'économie. Les fils organiques, au contraire, sont susceptibles de s'imbiber de tous les liquides ambiants; ils les retiennent plus ou

moins, leur permettent de s'altérer dans leur substance, et donnent ainsi naissance à des produits septiques qui doivent tout au moins irriter les tissus, souvent leur communiquer une espèce d'infection putride locale fort défavorable à la cicatrisation, et même quelquefois devenir la cause de la pénétration d'agents délétères dans la circulation. Sous ce rapport, je dois admettre presque sans restriction les idées de MM. Simpson et Ollier. — Comme le prouvent les résultats énoncés plus haut, ce sont surtout les fils de chanvre qui présentent au plus haut degré cette faculté d'absorption et de rétention des liquides.

Il n'y a donc aucun doute à émettre sur la supériorité des fils métalliques au point de vue de la substance, de la surface, de la fixité dans la forme et le volume, de l'inextensibilité et de l'imperméabilité. Mais ces qualités ne sont point les seules qu'il faille considérer dans l'étude des agents de la suture; et pour compléter la notion de leurs propriétés, il convient de les examiner encore dans la manière dont ils exécutent la *traction* et la *striction*. Sous ce nouvel aspect, les fils métalliques perdent leurs avantages et cèdent le pas aux fils organiques : ils produisent plus de douleur, pénètrent plus facilement dans les tissus, et par conséquent coupent plus vite, toutes choses égales d'ailleurs, les parties qu'ils embrassent. Veut-on en avoir une preuve pour ainsi dire banale? Que l'on suspende au même doigt deux poids égaux, retenus chacun par une anse de fil, l'une métallique, l'autre organique : on ressentira bientôt une douleur plus vive à l'endroit où le doigt sera étranglé par la première, si elle a, bien entendu, le même volume que l'autre; l'impression qu'elle fera sur le doigt sera en même temps plus profonde et mieux tranchée.

J'ai cherché à déterminer, mieux que par des appréciations subjectives, les propriétés sécantes proportion-

nelles des différents liens. Pour cela j'ai employé quatre fils, formés de soie, de coton, de chanvre et d'argent (1), absolument de la même grosseur ($^{35}/_{100}$ de millimètre), chose extrêmement importante pour l'exactitude de l'expérience. J'ai traversé de ces fils le bord inférieur du foie d'un cadavre, en prenant soin d'intercepter pour chaque lien la même épaisseur et la même hauteur de tissu, et de ne comprendre dans les anses ni veines ni artères d'un certain calibre. Pour donner à l'expérience le plus d'analogie possible avec ce qui se passe lorsque les fils agissent sur les tissus vivants, je les ai tous plongés d'abord dans l'eau. A chacun d'eux j'ai suspendu un poids égal, que j'augmentais à chaque minute dans les mêmes proportions pour les quatre liens. Les choses étant ainsi disposées, la section des parties interceptées de la substance hépatique s'est opérée dans l'ordre de succession suivant :

1re expérience :

1°	Pour le fil d'argent,	avec	200	grammes;
2°	»	de chanvre,	»	400	»
3e	»	de coton,	»	500	»
4e	»	de soie,	»	500	»

2e expérience :

1°	Pour le fil d'argent,	avec	100	grammes;
2°	»	de chanvre,	»	200	»
3°	»	de coton,	»	200	»
4°	»	de soie,	»	250	»

---

(1) Je n'ai point fait d'expériences avec les fils de crin, par la raison que ces liens, employés quelquefois par M. G. Simon et quelques autres chirurgiens, ont été abandonnés, du moins pour les opérations de fistules, à cause de leur peu de résistance et de la difficulté que l'on a de bien les nouer.

3e expérience :

1o	Pour le fil	d'argent,	avec	125	grammes;
2o	»	de coton,	»	275	»
3o	»	de chanvre,	»	300	»
4o	»	de soie,	»	300	»

Il est donc bien évident que les fils métalliques, s'ils l'emportent sur les fils organiques sous certains rapports, leur sont inférieurs sous d'autres, et qu'il est par conséquent impossible de leur attribuer une supériorité absolue. C'est probablement là qu'est la cause des divergences qui existent encore dans les idées des chirurgiens relativement à ce point de pratique, et ce qui, dans mes expériences cliniques, m'a conduit souvent à des résultats fort différents.

Il résulte de ces faits que c'est par la considération de l'ensemble des éléments de l'action des ligatures métalliques et par la recherche de la prédominance ou de l'absence d'un ou de plusieurs d'entre eux dans les différents cas qui se présentent, qu'il faut trouver les raisons des effets variables que ces ligatures produisent et les règles qui doivent présider au choix qu'il convient d'en faire.

Toutes les fois que les fils métalliques seront employés plutôt comme corps étrangers que comme moyens de traction, plutôt comme moyens de juxtaposition que comme puissances devant lutter contre des efforts s'exerçant en sens contraire, leurs effets seront toujours beaucoup plus avantageux que ceux des fils organiques. Ainsi, chaque fois qu'on les appliquera pour réunir exactement des bords avivés faciles à rapprocher et dont la tendance à l'écartement est peu marquée, on obtiendra des effets presque prodigieux, et rarement la réunion immédiate manquera; de plus, on pourra maintenir les fils pendant très-longtemps sans déterminer aucune fluxion inflammatoire ou autre dans la partie opérée. Il m'est arrivé de placer quinze, vingt

points de suture métallique sur le pavillon de l'oreille dilacéré, et d'obtenir une réunion parfaite sans aucune trace de suppuration; j'ai laissé ensuite ces mêmes fils en place pendant vingt, trente jours, simplement comme objets de curiosité, et pendant tout ce temps ils n'ont pas provoqué la moindre douleur ni la moindre irritation. Évidemment ces liens, placés sur un organe où la peau est intimement adhérente à un fibro-cartilage et qui forme un ensemble de parties peu mobiles l'une sur l'autre, n'étaient contrariés dans leur action unissante par aucune force agissant dans une direction opposée : ils se comportaient surtout comme moyens de rapprochement inertes ayant une forme propre à s'opposer passivement aux déplacements des surfaces adaptées : et, en jouant simplement le rôle de corps étrangers facilement tolérés, ils se trouvaient dans les mêmes conditions d'innocuité que les boucles d'oreilles attachées au lobule, les anneaux passés à travers la cloison du nez, les aiguilles lisses cheminant dans les tissus, les fils métalliques oubliés dans des organes non contractiles, etc.

Mais lorsque les fils métalliques sont placés dans des parties où des puissances plus ou moins énergiques luttent contre leur action, ce ne sont plus les qualités résultant de leur composition qui produisent les principaux effets, mais bien leurs propriétés pénétrantes ou sécantes : leur innocuité comme corps étrangers est effacée par leurs inconvénients comme agents de pression sur les tissus. Et comme cette pression peut être déterminée ou par une traction excentrique exercée par des forces musculaires, ou par la réaction d'un tissu élastique, ou par le poids des organes, ou par un engorgement quelconque, primitif ou consécutif des parties avoisinantes, il en résulte que les fils métalliques perdent leurs prérogatives toutes les fois que l'une ou l'autre de ces conditions se présente. Dans ces cas, au moment où le chirurgien place cette espèce de liens, ils tendent à

sectionner les parties d'une manière active; mais ensuite ce sont les tissus qui se coupent sur eux, ce qui, en définitive, revient absolument au même.

J'ai observé ces phénomènes dans un grand nombre d'opérations. Quand il m'est arrivé, par exemple, de pratiquer des sutures sur la peau, j'ai remarqué que les fils métalliques réussissaient mieux que les fils de soie ou de chanvre lorsque l'adaptation pouvait s'exécuter sans tirailler le tissu et sans en mettre en jeu la puissance élastique. Mais lorsque la nature et la forme de la plaie étaient telles que le fond ne pouvait en être recouvert que par un emprunt fait aux régions voisines au moyen d'une forte traction, quand surtout l'ajustement ne pouvait être assez exact pour assurer une réunion immédiate et faire éviter la suppuration, j'ai vu généralement les sutures métalliques perdre toute leur efficacité. A la face, je n'ai pas eu à m'en louer, probablement parce que la peau y est partout soumise à l'action de nombreux muscles peauciers. Au col de la vessie, j'ai remarqué que l'opération de la fistule réussissait moins bien qu'ailleurs, et j'ai cru pouvoir expliquer ce fait (Obs. XVIII) par la nécessité où l'on se trouve d'y faire presque toujours entrer des fibres musculaires dans la suture. Sur les paupières, organes éminemment disposés à l'infiltration inflammatoire, je n'ai jamais retiré aucun avantage de l'application des sutures métalliques; aussi suis-je étonné de voir dans l'excellent travail de M. Ollier (1) que ce praticien emploie ce mode de réunion pour les blépharoplasties. Au prépuce, j'ai eu des accidents qui m'ont à tout jamais dégoûté de l'usage des fils inorganiques dans cette région; et il faut que la même chose soit arrivée à M. Ollier, puisqu'il dit y avoir toujours vu survenir de la suppuration.

---

(1) Ollier, *Des sutures métalliques, etc.*, p. 23.

Il est facile de conclure des considérations précédentes que les parties du corps où se trouvent réunies les dispositions les plus favorables à l'efficacité des sutures métalliques sont le pavillon de l'oreille, la cloison nasale, les ailes du nez, le système osseux, les cartilages, et, à un degré inférieur, le vagin. Dans ce dernier organe, on trouve un derme consistant recouvert d'un épithélium stratifié très-épais, formant une paroi dure, peu sensible, sur laquelle les fils peuvent prendre un point d'appui solide; cette paroi présente bien sous elle des fibres musculaires lisses, mais celles-ci sont rudimentaires et douées d'une puissance peu énergique; au-dessous des fibres musculaires existe un tissu fibreux s'enchevêtrant avec elles et se continuant vers la vessie par des prolongements plus mous, dégénérant insensiblement en une trame conjonctive très-lâche qui permet au vagin et à la poche urinaire de se mouvoir très-librement l'un sur l'autre : en somme, la paroi vaginale est constituée par une masse assez cohérente, dont les différentes parties n'ont guère de tendance à exécuter de grands mouvements, qui est peu susceptible d'obéir, dans l'état normal, aux contractions du système musculaire voisin, c'est-à-dire de celui de la vessie et du rectum, et qui ne peut subir de déplacements d'ensemble que sous l'influence de tiraillements exercés par la matrice, ou par suite de pressions provenant de l'intestin ou de la poche urinaire. Les conditions propices à l'application de la suture métallique, sans y être aussi marquées qu'aux organes parfaitement immobiles que je citais tout à l'heure, y sont cependant assez prononcées; on conçoit donc que ce mode de réunion y soit souvent couronné de succès, quand des dispositions exceptionnelles n'y donnent point naissance à des tractions ou à des tensions insolites.

Les fils métalliques, comme les fils organiques et les ligatures en général, traversent les tissus par deux mécanismes

fort différents : par *pression* et par *ulcération*. — C'est surtout par le premier de ces mécanismes que les fils métalliques se fraient une voie à travers les tissus. La pression qu'ils exercent a pour effet d'effectuer, suivant son intensité et la ténuité des fils, ou une véritable séparation des molécules organiques, une section, dans toute l'acception du mot, ou un rapprochement excessif de ces molécules qui en détermine l'absorption, et par suite donne lieu à une perte de substance sans suppuration. Ce dernier effet est analogue à celui qu'on observe quelquefois dans un intestin étranglé, lorsque les membranes muqueuse et musculaire en sont détruites comme par une incision, sans qu'il y ait aucune trace d'inflammation sur les bords de la plaie. — Le second mécanisme peut bien encore accompagner le premier lors de la destruction des tissus par les fils métalliques, mais c'est à un degré bien moindre, quoi qu'en aient dit certains auteurs et surtout M. G. Simon, que lorsqu'il se produit après l'application des fils organiques (Obs. XIX (2e opération)). C'est même ce qui oblige à les retirer aussitôt que possible, sous peine de voir les dégâts et la suppuration qu'ils produisent augmenter de jour en jour. On comprend facilement les déductions pratiques que l'on peut tirer de ces faits.

Plus les fils, soit organiques, soit inorganiques, sont fins, plus la section des tissus se fait facilement, toutes les autres conditions restant les mêmes. Cette vérité, qui tombe sous le sens, n'a pas besoin de démonstration. Mais pour ce qui regarde l'ulcération, la même progression ascendante n'a pas lieu parallèlement, pour les deux espèces de fils, en raison de l'augmentation de leur volume : ainsi, les fils de soie et ceux de chanvre excitent un travail de suppuration et d'ulcération en rapport avec leur grosseur; mais les fils de métal n'en déterminent guère davantage quand ils ont un certain diamètre, par exemple, un demi-millimètre, que

lorsqu'ils ont une ténuité capillaire. Cela résulte, on le comprend, de la tolérance dont ils jouissent en vertu de leur composition, de leur *substance*. La conséquence de ce fait est que, s'il convient d'employer des fils organiques n'ayant pas une trop grande épaisseur, il est moins indiqué de s'astreindre à cette règle quand on se sert de liens métalliques. Il n'est donc pas aussi indispensable que l'ont cru Hayward, l'inventeur de l'application des fils très-fins, et ses imitateurs, MM. Verneuil, Ollier et autres, de diminuer outre mesure le diamètre de ces liens, sauf dans les cas où l'on veut s'en servir comme moyens de perfectionner l'ajustement des bords; il n'est pas même toujours nécessaire de faire usage de fils aussi minces que ceux qui sont recommandés par MM. Sims, Bozeman, Simpson, Baker-Brown, Spencer Wells, etc. Dans ma pratique, j'ai toujours trouvé de l'avantage, bien entendu pour l'opération de la fistule uro-génitale, à ne pas descendre au-dessous d'un diamètre de trois dixièmes de millimètre; et je n'en ai pas moins pu multiplier le nombre des fils de manière à leur faire exécuter l'adaptation par un grand nombre de points à la fois, comme cela est recommandé à bon droit par les partisans de la méthode américaine.

M. Ollier a beaucoup insisté sur la différence de l'action des deux espèces de fils, envisagés comme moyens de *rapprochement* et de *maintien fixe* des lèvres de la plaie. Il a démontré que, lorsque la section ou l'ulcération des tissus n'a été opérée que partiellement par la ligature, le fil métallique, conservant la même forme et la même rigidité après ces lésions, continue à maintenir rapprochées les parties non divisées, tandis que le fil organique, se relâchant immédiatement dans toute son étendue en vertu de sa souplesse, cesse de les soutenir convenablement et les abandonne à leurs tendances naturelles. Ces considérations sont très-justes et parfaitement sanctionnées par l'obser-

vation, et il faut en tenir compte dans l'appréciation des propriétés des différentes sutures. On peut ajouter que la qualité que possèdent les fils métalliques de conserver les formes qu'on leur imprime, procure encore un autre avantage : c'est celui de permettre d'exécuter une espèce de rapprochement provisoire en les soumettant à un ajusteur quelconque. Cette particularité donne au chirurgien la faculté de modifier l'affrontement, d'en changer la direction, d'augmenter ou de diminuer la force de pression du fil, d'apporter remède à une faute commise, tout cela avant de fixer définitivement le point de suture, ce qui est impossible avec des liens organiques. Mais si la rigidité des fils métalliques leur donne ces avantages, elle a bien aussi certains inconvénients qu'il faut signaler. Elle rend plus difficile l'introduction, le serrement et l'extraction des fils; en outre, toutes les fois que les extrémités de ces liens sont, en raison de la grande mobilité des organes, exposées à être portées vers des parties voisines très-délicates, comme aux paupières, au prépuce, etc., la rigidité devient un défaut susceptible d'inspirer parfois quelques inquiétudes; enfin, les pointes métalliques peuvent gêner l'application des topiques, des pansements, des appareils que certains chirurgiens tiennent beaucoup à employer chez leurs opérés. Pour moi, ce dernier désavantage serait de bien peu d'importance, non-seulement après l'opération de la fistule, mais après toutes les opérations en général : car l'expérience m'a fait apprécier les vices de ces habitudes routinières, qui, le plus souvent, n'ont d'autre résultat que de concentrer autour de la plaie des foyers d'infection, d'augmenter et de prolonger inutilement les souffrances des patients, et de nuire à la cicatrisation plutôt que de la favoriser. J'estime que presque toujours, dans les plaies de la surface du corps, une simple compresse imbibée d'eau tiède recouverte d'un linge sec et renouvelée plusieurs fois

en vingt-quatre heures, suffit amplement pour défendre la lésion de continuité contre l'action de l'air, l'entourer de l'atmosphère douce et humide qui lui convient, et la maintenir dans un état de propreté convenable. Cependant, comme il peut y avoir et qu'il y a effectivement des praticiens qui envisagent autrement que moi ce point de thérapeutique chirurgicale; comme, d'ailleurs, il se présente des cas où les pansements ont des indications particulières à remplir et dans lesquels les pointes métalliques constitueraient un embarras ou même un véritable obstacle, il y a lieu à ne pas considérer l'imperfection que je viens de signaler comme nulle et sans conséquence.

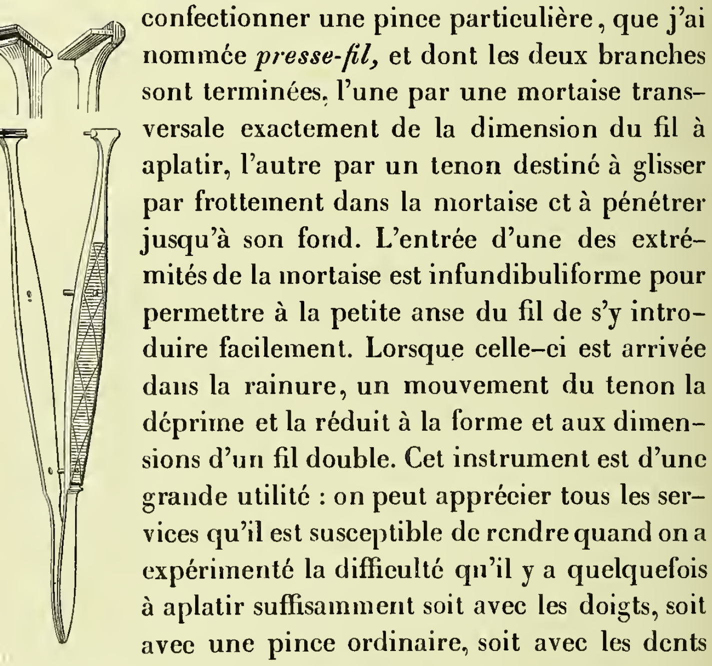
En récapitulant ce que je viens de dire des qualités et des défauts des fils métalliques, il est impossible, me paraît-il, de ne pas admettre comme conclusions : que l'on a été trop loin dans les espérances qu'a fait naître leur introduction dans la chirurgie; qu'il ne faut pas croire qu'on puisse les employer d'une manière générale et les substituer complétement aux fils organiques; qu'ils ont néanmoins des propriétés précieuses qui leur donnent une grande supériorité dans certains cas faciles à déterminer; que, notamment dans les sutures vaginales, ils rencontrent une grande partie des conditions indispensables à leur efficacité, tandis que les fils organiques y trouvent des éléments d'humidité et d'imbibition qui doivent provoquer facilement les accidents auxquels leur nature les expose.

Tous les partisans des sutures métalliques n'emploient pas, comme on sait, la même substance. On a successivement mis en usage le plomb, l'or, l'argent, le platine, le fer. Nous voyons encore aujourd'hui les chirurgiens se partager à cet égard en deux groupes principaux : ceux qui préfèrent les fils d'argent, et ceux qui ont une prédilection pour les fils de fer. Ces derniers motivent leur choix sur ce que le fil de fer est moins cher, plus tenace,

plus résistant, et permet de se servir de ligatures beaucoup plus fines. J'ai dans le temps été séduit un moment par ces considérations. Mais des expériences ultérieures m'ont porté à adopter d'autres idées : j'admets aujourd'hui assez volontiers avec ceux qui préfèrent l'emploi de l'argent, que les fils formés de ce métal, étant beaucoup moins oxydables que ceux de fer, sont par cela même moins sujets à devenir rugueux et irritants pour la plaie et à brouiller les environs de celle-ci d'une couleur résultant de leur altération chimique; ils sont aussi souples, plus souples même que les fils de fer; ils n'ont pas au même degré la tendance à se mêler et à s'enchevêtrer pendant la manœuvre opératoire; après leur section ils présentent des extrémités moins piquantes, moins susceptibles de pénétrer dans les chairs et même parfois dans les doigts de l'opérateur; s'ils sont moins tenaces et moins résistants quand ils ont un très-petit volume, c'est là un bien faible défaut, attendu qu'ordinairement l'effort qu'ils sont chargés d'exercer n'est pas bien grand, et que, d'ailleurs, les fils fins ont des propriétés sécantes qui doivent les faire rejeter quand il faut exercer une forte traction; enfin, s'ils sont un peu plus chers, c'est un inconvénient qui perd de son importance du moment qu'on n'emploie pas les sutures métalliques comme méthode générale.

Supposons maintenant qu'on adopte pour la suture de la fistule les fils métalliques, qu'on préfère ceux d'argent, et qu'on se serve du procédé qui consiste à les introduire à la suite de fils de soie doubles terminés par une anse. Quelles sont les précautions à prendre pour leur faire traverser les lèvres de la plaie? — Il y en a surtout deux auxquelles il faut songer tout d'abord : 1° faire en sorte que la petite anse de fil métallique qui doit être accrochée par celle du fil de soie, soit aplatie et effacée de manière à ne point être arrêtée à l'ouverture d'entrée, et 2° éviter que,

pendant le mouvement un peu sec et brusque qui doit la faire passer dans les bords de la fistule, la totalité du fil métallique soit entraînée au delà de l'ouverture de sortie. — Pour remplir la première de ces indications, j'ai fait confectionner une pince particulière, que j'ai nommée *presse-fil*, et dont les deux branches sont terminées, l'une par une mortaise transversale exactement de la dimension du fil à aplatir, l'autre par un tenon destiné à glisser par frottement dans la mortaise et à pénétrer jusqu'à son fond. L'entrée d'une des extrémités de la mortaise est infundibuliforme pour permettre à la petite anse du fil de s'y introduire facilement. Lorsque celle-ci est arrivée dans la rainure, un mouvement du tenon la déprime et la réduit à la forme et aux dimensions d'un fil double. Cet instrument est d'une grande utilité : on peut apprécier tous les services qu'il est susceptible de rendre quand on a expérimenté la difficulté qu'il y a quelquefois à aplatir suffisamment soit avec les doigts, soit avec une pince ordinaire, soit avec les dents l'extrémité de l'anse métallique. — Pour ce qui est de la seconde indication, j'ai l'habitude de former un anneau simple ou double à l'extrémité du fil opposée à sa petite anse aplatie, de sorte que, dans un mouvement de traction trop énergique, cette extrémité se trouve ainsi arrêtée à l'entrée des lèvres de la plaie.



En général, il ne faut passer qu'un fil d'argent simple à travers les deux bords de la fistule : car s'il était jamais indiqué d'exercer un effort tel que l'on pût croire un fil unique incapable d'y suffire, il est très-probable qu'un fil double n'y parviendrait pas mieux sans produire de déchirures. J'ai cru une fois devoir appliquer un double fil sur

des bords appartenant au col utérin (Obs. V (1re opération)); mais les effets que j'en ai obtenus ne m'ont pas paru assez favorables pour m'engager à suivre encore à l'avenir la même conduite.

Les moyens employés pour fixer les fils ont été très-nombreux, comme on a pu le voir dans la notice historique (pp. 131 et suivantes). L'essentiel, dans cette petite opération, est de pouvoir opérer exactement le degré de striction que l'on désire, de jouir de la faculté d'augmenter celle-ci ou de la diminuer au besoin, et de voir facilement ce qui se passe au moment où on l'exécute. Or, tout cela devient difficile ou impossible avec les procédés qui constituent la suture boutonnée : en effet, soit que l'on emploie la plaque de plomb de M. Bozeman ou celle de M. Atlee, soit que l'on préfère l'attelle de fils de fer de M. Simpson, l'ensemble de ces moyens de suture formant après leur application un tout dont les différentes pièces sont inséparables, on ne peut pas, en serrant les liens, diriger son attention sur les exigences particulières de chaque point pris isolément. De plus, dans plusieurs de ces procédés, la plaque couvrant toute la région opérée, il n'est pas possible d'apprécier jusqu'à quel point les lèvres sont ou ne sont point convenablement ajustées et comprimées l'une contre l'autre; d'ailleurs, il est peu facile de perforer la plaque exactement en face des fils introduits, ce qui donne souvent lieu à des tractions irrégulières sur les bords de la plaie; enfin, l'ensemble de l'appareil constitue une petite masse dont le poids ne peut manquer d'exercer sur la ligne de réunion un tiraillement nuisible, et ne rachète pas cette imperfection par la faculté qu'il posséderait, comme on l'a prétendu, de préserver la plaie du contact des liquides ambiants. Je ne disconviens pas que, malgré tous ces défauts, la suture en bouton ait souvent été employée avec succès par un grand nombre d'opérateurs; mais quant à moi, je l'ai mise en

usage deux fois (Obs. II (2e et 3e opérations)) sans avoir eu à m'en applaudir. Les crampons en croissant, de M. Baker-Brown, forment une espèce de suture enchevillée entrecoupée qui rappelle le premier procédé employé par M. Sims (*Clamp-Suture*) et les différentes sutures moniliformes, et offrent tous les défauts de ce genre de réunion. Pour ce qui est des tubes de plomb de M. Galli, ils ne permettent pas de graduer à volonté la striction, car une fois qu'ils sont aplatis sur le fil, le point de suture est établi définitivement, et il n'y a plus moyen de le corriger s'il a été pratiqué d'une manière vicieuse : je ne puis donc leur reconnaître aucun avantage, qu'ils soient fixés sur les crampons ou les boutons (MM. Bozeman (p. 127), Atlee (p. 133), Battey (p. 134), Baker-Brown (p. 130), Hilliard (1)), ou qu'ils soient séparés et qu'on les applique isolément sur les fils à leur sortie de la plaie (MM. Sims (ancien procédé, p. 112), Desgranges, etc. (p. 187)), comme je l'ai fait dans le cas de l'observation II (4e opération).

Le meilleur moyen de fixer les fils métalliques consiste, selon moi, à les tordre en leur faisant exécuter quelques tours de spire. Avant d'exécuter cette manœuvre, il est bon de rapprocher les extrémités des liens de manière à s'assurer du degré de perfection du point de suture, et, s'il est mal fait, à y remédier avant de le serrer définitivement. Ce rapprochement s'est pratiqué avec des *ajusteurs* de différentes espèces, le *fulcrum* de M. Sims (p. 116), l'ajusteur de M. Bozeman (p. 126), celui de M. Schuppert (p. 196). Je crois que ces différents instruments remplissent également bien le but qu'on se propose; cependant il me paraît que ceux de MM. Sims et Schuppert sont plus commodes que celui de M. Bozeman, le placement des fils dans le trou

(1) Follin, ouvrage cité, p. 20.

dont ce dernier instrument est percé étant quelquefois moins facile que leur introduction dans la cannelure des deux autres.

La torsion des fils est ordinairement pratiquée par les chirurgiens américains de manière à serrer fortement les bords de la plaie l'un contre l'autre. D'autres chirurgiens, (Jobert (p. 87), M. Schuppert (p. 197)) et autres recommandent de ne les nouer que très-légèrement. Il me semble qu'il faut garder un juste milieu entre une striction trop énergique, qui exposerait à écraser et à traverser les tissus, et un rapprochement trop lâche, qui n'aboucherait pas suffisamment les petits orifices vasculaires des deux lèvres et leur permettrait de former entre les surfaces de petits épanchements sanguins qui devraient ultérieurement être expulsés par la suppuration.

M. Sims, au lieu de pratiquer la torsion des fils, a quelquefois employé un autre procédé, qui consiste à faire à l'une des extrémités du lien un nœud coulant dans lequel on passe l'autre extrémité, qu'on renverse ensuite du côté opposé (1). C'est un procédé qui est très-simple et que la rigidité des fils métalliques rend fort praticable. Il est possible qu'il soit avantageux dans certains recoins du champ opératoire où la torsion doit quelquefois se faire pour ainsi dire à tâtons, sans qu'on puisse bien juger de la force qu'on lui imprime; mais je doute que, dans l'immense majorité des cas de fistules, il puisse favorablement remplacer la torsion ordinaire et surtout donner la sécurité que procure celle-ci.

Pour procéder avec facilité à la formation des spires qui doivent rassembler et fixer les extrémités des fils, on pourrait à la rigueur, si la fistule n'était point profonde, se servir

---

(1) Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, p. 908.

simplement des doigts, et, dans le cas contraire, de deux pinces à disséquer ordinaires. Mais ce sont là des moyens fort imparfaits. L'instrument de M. Coghill, employé par M. Simpson (p. 131), permet d'exécuter une torsion plus régulière; mais il a le désavantage de la compliquer de l'obligation d'introduire d'abord les fils dans les deux canaux terminaux de sa tige. Il me paraît donc convenable d'abandonner ces instruments pour s'en tenir à la pince à coulant à bec de cane, de M. Sims, qui me paraît remplir toutes les conditions voulues. Il y a seulement, en s'en servant, à prendre des précautions dont l'oubli pourait donner quelque embarras. D'abord, il ne faut saisir les deux extrémités du fil ni trop près ni trop loin de la plaie; car, dans le premier cas, la partie tordue pourrait se cacher dans les chairs, et l'extraction en deviendrait plus tard difficile; dans le second, les bouts de l'anse, après leur section, seraient susceptibles de piquer le vagin pendant les mouvements de torsion, et il serait nécessaire de faire un trop grand nombre de tours, ce qui exposerait à la rupture du fil. Puis il faut avoir l'attention de placer le fond de la cannelure de la fourche plate vis-à-vis de la ligne de réunion, afin que la traction exercée obliquement sur le fil se convertisse, à partir du point de réflexion, en un effort agissant perpendiculairement sur la surface opérée. Enfin il est bon, quand la torsion est arrivée au degré que l'on juge approximativement convenable, de retirer le fulcrum pour s'assurer si la striction est suffisante ou doit être augmentée, et de n'abandonner le point que lorsqu'on a tous ses apaisements à cet égard. Sans cette précaution, souvent on quitterait le fil avant que le dernier tour de spire soit assez rapproché de la ligne de réunion, et les lèvres de la plaie seraient ainsi simplement accolées, au lieu d'être en même temps légèrement pressées l'une contre l'autre.

C'est surtout au moment de la torsion des fils qu'il faut

se garder de permettre le rebroussement en dedans des bords de la plaie. Quand cette tendance se manifeste, il faut accrocher les lèvres au moyen de fins tenaculums, les retourner en dehors et les fixer dans cet état. Si cet expédient ne suffit pas, on doit placer très-superficiellement, comme je l'ai fait sur la fistule de l'observation XI (2e opération), un fil complémentaire, qui joue dans ce cas le rôle des fils d'ajustement de M. Simon.

Une bonne précaution à prendre, en vue d'empêcher la lésion du vagin par les bouts des fils et d'en rendre plus tard l'enlèvement plus commode, c'est, après la torsion, de les renverser tous à plat et du même côté, en les courbant sur le fond de la cannelure du fulcrum. En se comportant ainsi, on rend inutiles les topiques qu'on a conseillé d'introduire dans le vagin après l'opération, charpie, amadou, tampons, etc., toutes substances qui, comme je l'ai fait remarquer, deviennent des foyers d'infection nuisibles à la plaie et à l'ensemble de l'organisme, et qui, par les mouvements qu'elles impriment aux fils, compromettent la formation régulière de la cicatrice.

Les différents temps de la suture de la paroi uro-génitale avivée peuvent être contrariés par des complications dont il est bon de prévoir la possibilité et contre lesquelles il faut être prémuni. Ainsi, l'aiguille peut rencontrer sur son passage des tissus durs, résistants, difficiles à traverser, dans lesquels elle est très-exposée à se briser quand on ne la pousse pas exactement dans la direction de sa courbure, ou qu'on veut arriver par la force à ce qui ne doit être obtenu que par l'adresse, la prudence et la patience. C'est surtout quand on doit faire passer les aiguilles dans du tissu fibreux avoisinant le col de la matrice (Obs. V (1re opération), VI, VII, XIV), lorsqu'il faut leur faire raser les os (Obs. V (1re opération), XII, XVIII, XIX) ou traverser le col vésical (Obs. XVIII), que l'on court le risque de les

voir se rompre (surtout si l'on n'a pas saisi les aiguilles au point qui convient pour ne pas mettre trop en jeu leur élasticité). Quelquefois des bourrelets muqueux viennent se présenter au-devant de la pointe des aiguilles, et il faut à chaque instant les repousser pour ne pas les piquer (Obs. XIII). D'autres fois, malgré toutes les précautions prises, ou par suite de quelque distraction de l'opérateur ou des aides, il survient des contre-temps, de petits accidents qui peuvent pour un moment dérouter le chirurgien qui n'a pas la présence d'esprit nécessaire pour remédier immédiatement à ces obstacles ou pour les tourner par quelque résolution improvisée. On pourra juger de la nature de ces accidents par l'énumération ci-jointe de quelques-uns de ceux que j'ai eus à subir :

Plusieurs fois il m'est arrivé de casser des aiguilles dans les tissus et de devoir les en retirer (Obs. VI, XVIII (1re opération)); une fois j'ai dû en laisser la pointe dans les chairs (Obs. VII (1re opération));

Une fois le fil de soie s'est brisé au moment de l'introduction du fil métallique, et j'ai été obligé de me passer de ce point de suture (Obs. XVIII (1re opération));

Une autre fois le fil de soie s'est noué entre les deux temps du passage de l'aiguille à travers les deux lèvres, et j'ai dû recommencer le point de suture (Obs. XVIII (8e opération));

Dans un autre cas, en tirant sur le fil d'argent, celui-ci a passé au travers des lèvres, et j'ai dû placer un nouveau point, circonstance fâcheuse qui a amené un mauvais résultat (Obs. XI);

Par suite de l'inexpérience ou de la négligence d'un aide, j'ai trouvé une fois tous les fils de soie dépourvus d'anses et présentant deux extrémités libres. Pour obtenir une anse, j'ai dû couper le chas de chacune des aiguilles (que, par un hasard heureux et exceptionnel, j'avais laissées

attachées aux ligatures) et pratiquer cette opération délicate sans toucher aux fils (Obs. XII (1re opération));

Pendant la torsion, j'ai eu le désagrément d'avoir affaire à de mauvais fils d'argent, et de les voir se rompre assez profondément pour ne pouvoir les laisser et pour être obligé de les remplacer par d'autres (Obs. XIV). Dans le cas de l'observation XIX (2e opération), la même chose m'étant arrivée et n'ayant pas d'autres fils à ma disposition, j'ai dû terminer la suture avec des fils de soie, désagrément qui a été compensé en partie par la faculté que m'a donnée cette réunion mixte de comparer les effets des liens organiques et inorganiques. Dans une autre circonstance (Obs. XIII), la rupture du fil s'est faite à une distance suffisante de la plaie pour que j'aie pu sans inconvénient le laisser en place;

Enfin, à deux reprises différentes, j'ai eu, pendant la torsion, la mauvaise chance de saisir un fil de soie placé dans le voisinage et formant une anse flottante entre les lèvres de la fistule : il en est résulté l'impossibilité de me servir de ce lien pour attirer le fil métallique suivant; j'ai dû le laisser en place et l'y nouer, ce qui, dans le cas de l'observation XII (2e opération), a été cause d'un grand désordre, tandis que, dans celui de l'observation XVIII (8e opération), où j'avais réussi à enlever le fil de soie le deuxième jour, ce contre-temps n'a pas donné lieu à un insuccès. On conçoit ce qu'il faut faire pour éviter cet accident : c'est, au moment de la torsion, de faire tendre par un aide les fils de soie voisins de manière à les empêcher de se présenter dans l'espace circonscrit par l'anse métallique.

En m'occupant de l'action des fils sur les tissus qu'ils étreignent, j'ai insisté sur les effets fâcheux qu'ils y produisent quand ils ont à lutter contre des tractions ou des résistances antagonistes. Il est de la plus haute importance de veiller à ce qu'aucun de ces phénomènes mécaniques ne se manifeste ou ne persiste après l'achèvement de la

suture. Ordinairement on peut assez facilement éviter les tiraillements en dirigeant dans un sens convenable l'avivement et la ligne de réunion. Mais quand, par exception, la tension ne peut être évitée, quelle est la conduite à tenir? Faut-il pratiquer, comme on l'a conseillé, les incisions libératrices de Dieffenbach et de Jobert?

Évidemment, quand on doit opter entre les incisions libératrices et un arrachement des tissus qui doit être le résultat certain d'une forte tension des lèvres et rendre la suppuration inévitable, il n'y a pas à hésiter, il faut pratiquer les débridements nécessaires. Mais je crois que les partisans de ces diérèses ont été beaucoup trop loin dans l'idée qu'ils se sont faite de la fréquence de leur indication et de leur innocuité. Généralement les chirurgiens américains s'en dispensent volontiers, et j'aime assez à suivre leur exemple, comme on peut le voir dans mes observations, puisque, dans aucune des fistules que j'ai opérées, je n'ai jugé nécessaire de recourir à ces incisions. Il ne faut pas perdre de vue que, si l'opération américaine est si peu dangereuse, si on peut la répéter si souvent sans s'exposer à des accidents, on le doit à la simplicité et au peu d'étendue des lésions qu'elle produit. Si l'on complique ces lésions, si, par exemple, on décolle les lèvres de la fistule par une dissection plus ou moins étendue, si l'on intéresse la vessie en même temps que le vagin, si l'on détache le col de la matrice en-dessous du repli péritonéal vésico-utérin, si l'on isole le canal de l'urèthre, etc., on n'imprime point toujours pour cela à l'opération un caractère fort grave, je l'avoue, mais on s'expose cependant à une suppuration consécutive susceptible, par continuité de tissu, de s'étendre jusqu'à la plaie elle-même et de se porter au loin vers des organes dont l'atteinte est beaucoup plus dangereuse encore. Il en résulte que le recours à ces opérations accessoires ne peut être légitimé que par une

nécessité évidente, et que l'on a tort de les conseiller avec la légèreté qu'on y met quelquefois. Les incisions libératrices, qui leur ressemblent, doivent donc être reléguées comme elles au rang des moyens adjuvants que l'on adopte comme pis aller et à son corps défendant.

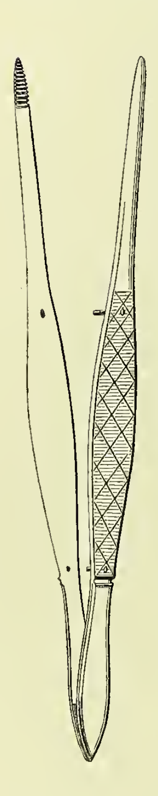
Quand convient-il d'enlever les fils de la suture? Faut-il se presser de le faire, ou convient-il au contraire d'attendre le plus longtemps possible, comme le faisait Hayward (p. 107)? Ces deux manières de voir ont eu leurs partisans, et on le conçoit facilement, puisqu'elles représentent l'une et l'autre des vérités pratiques quand elles sont appliquées à des circonstances qui leur conviennent. Ainsi les fils organiques, à cause de leurs propriétés irritantes particulières, doivent être ôtés aussitôt que l'on a des raisons de croire l'agglutination terminée. Comme la rapidité de cette agglutination est en raison de la vitalité et de la vascularité des tissus, il en résulte que dans certains endroits, à la face, par exemple, il y a souvent possibilité de retirer avec avantage quelques fils dès le commencement du second jour; au contraire, on doit forcément attendre plus longtemps pour les autres parties de la surface cutanée qui offrent moins de plasticité, et beaucoup plus longtemps encore pour le vagin, organe où le travail d'adhésion se fait avec assez de lenteur. Toutefois, comme il arrive un moment où les fils organiques, complétement relâchés par les ulcérations qu'ils ont produites, ou enfoncés dans des tissus par suite du gonflement inflammatoire qu'ils ont fait naître, ne peuvent plus produire que des désordres, il est souvent impossible de se dispenser de les enlever d'assez bonne heure, même avant l'époque où l'on peut raisonnablement espérer une cicatrisation solide : c'est ce qui a lieu dans le vagin, et ce qui donne à ces fils, dans les sutures de cet organe, l'infériorité qu'on leur a presque généralement reconnue. Pour les fils métalliques, le problème se présente

sous un autre aspect. Il y a surtout à considérer à leur égard s'ils déterminent ou non de la suppuration : s'ils le font, et si la pyogénie occupe tout le trajet des fils, il ne faut pas prolonger inutilement leur présence dans les chairs, car il est alors fort probable que la réunion manquera de toute façon; mais si cet effet n'a pas lieu, on peut les laisser presque indéfiniment dans les lèvres réunies sans craindre de compromettre la cicatrisation. Entre ces deux termes extrêmes il y en a d'intermédiaires, où une petite partie seulement du trajet occupé par les fils métalliques s'ulcère pendant que le reste n'en continue pas moins à rester indifférent à la présence de ces corps étrangers. Dans ces cas, comme dans ceux où l'adhésion immédiate se fait sans entraves, il n'y a aucun inconvénient, et tout doit engager au contraire, à laisser les fils assez longtemps pour qu'après leur enlèvement il n'y ait plus aucun danger de séparation pour les surfaces soudées. Or, dans le vagin, on a remarqué qu'il faut au moins pour qu'on acquière cette certitude l'espace de huit à neuf jours; encore voit-on quelquefois, ainsi qu'on peut le constater dans l'observation XV, que ce laps de temps ne suffit pas. Cependant, lorsque cette dernière circonstance se présente, il y a des limites que l'expérience apprend à connaître et au delà desquelles le maintien des fils métalliques ne peut plus présenter aucune utilité. Il existe du reste souvent des raisons graves pour lesquelles ce maintien ne doit pas être trop longtemps prolongé, par exemple lorsqu'on peut craindre que les fils pénètrent dans quelque région du voisinage où leur présence produirait des accidents. On en a vu s'engager insensiblement dans la vessie et y devenir le noyau de calculs; et, lorsque la réunion a été faite dans le voisinage du péritoine, comme dans le cas de l'observation XXIII, il n'est pas impossible qu'ils exécutent quelque migration qui expose cette membrane à une perforation et à une inflammation consécutive. Je pense donc

qu'en général il est bon, sauf dans certains cas très-rares, de se conduire comme le font presque tous les chirurgiens qui se servent de la méthode américaine, et de procéder à la levée des fils vers le huitième, le neuvième ou le dixième jour : c'est la règle que j'ai toujours suivie dans mes opérations.

Quand on introduit le spéculum à l'effet de pratiquer l'enlèvement des fils, on peut presque toujours au premier coup d'œil préjuger de l'état de la partie opérée. Si l'on trouve le vagin rempli de pus, il est presque indubitable que l'adhésion ne s'est pas faite et que les fils ont plus ou moins traversé les lèvres de la plaie. Si, au contraire, on ne rencontre dans l'organe que des mucosités blanchâtres ou une matière analogue aux flueurs blanches, on a beaucoup de chance de voir la suture en bon état. Dans le premier cas, on a quelquefois de la peine à retrouver les fils, dont l'emplacement est complétement bouleversé; souvent quelques-uns manquent et ont été entraînés au dehors ou restent logés dans la cavité vaginale; d'autres fois on en trouve qui ne sont plus accrochés qu'à une seule lèvre, laquelle est elle-même complétement déformée, boursouflée, bourgeonnée (Obs. XII (1re et 2e opérations), XV) : il faut alors beaucoup d'attention pour ne pas en oublier dans les tissus et pour ne pas achever la section des chairs en les extrayant. Dans le second cas, il arrive fréquemment que les lèvres se représentent à peu près comme au moment de la suture, tant la réunion par première intention a été exacte (Obs. I, II (5e opération), III, IX, XVI); ou bien les fils ont imprimé dans les tissus de simples rainures (Obs. I, IV, X); ou ces rainures sont bordées de chairs un peu gonflées (Obs. XIV); mais dans toutes ces circonstances la section des bords de la plaie n'a pas eu lieu, et lorsque les dernières se présentent, elles n'ont d'autre inconvénient que de rendre plus délicate l'extraction des fils. — Celle-ci se fait assez facilement

quand la région de la suture est restée plate et uniforme. En effet, l'œillet s'aperçoit à nu aussitôt qu'on a attiré un peu l'extrémité tordue vers la cavité vaginale au moyen d'une longue et forte pince à disséquer ; il n'y a plus alors qu'à introduire dans cet œillet la pointe d'une branche de ciseaux, à en couper un côté, puis, après avoir réuni les deux branches, à appuyer par de petites pressions successives sur le côté non sectionné, en même temps qu'on attire le fil avec la pince en lui faisant exécuter un mouvement de circumduction dans le sens de l'arc de cercle qu'il décrit dans les tissus. Cette petite manœuvre, quand elle est bien faite, écarte toute espèce de tiraillement, de grattement, de déchirement de la part du bout de fil que l'on extrait, et rien n'est si fréquent que de la voir exécuter sans qu'il s'écoule une goutte de sang (Obs. IX, XIV). Il faut une circonstance exceptionnelle pour qu'elle s'accompagne d'hémorrhagie (Obs. VIII). Lorsque le fil est caché dans une rainure profonde ou par des bourgeons exubérants, il faut en suivre avec les ciseaux la partie tordue jusqu'au commencement de l'anse, insinuer l'instrument dans celle-ci, lui imprimer de légers mouvements propres à faire constater que les bords de l'œillet font obstacle des deux côtés, et n'en opérer la section que lorsque l'on est bien sûr de n'avoir saisi que l'un de ces bords : si l'on commettait la faute de les diviser tous les deux, il est probable que, n'ayant plus de prise sur le fil, l'on serait obligé de l'abandonner dans les chairs. Ces mouvements devant s'exécuter hors de la portée de la vue, exigent une grande délicatesse de tact qui ne s'acquiert que par



l'expérience : il n'est donc pas étonnant qu'on ait considéré la difficulté de l'extraction des fils métalliques comme l'un des désavantages attachés à leur usage.

D. Traitement consécutif.

Lorsque l'opérée a été transportée dans son lit, la plupart des chirurgiens conseillent de l'y laisser en *position* sur le dos, les genoux soulevés par un coussin, et dans le plus grand repos possible, jusqu'à l'époque de la guérison. D'autres praticiens, en plus petit nombre, lui permettent d'y prendre en toute liberté telle position qui lui convient (M. Meadows (1), quelquefois M. Schuppert (2)). Quelques-uns (M. Meadows) vont beaucoup plus loin : ils croient qu'il n'est pas nécessaire de coucher l'opérée, et qu'on peut impunément lui permettre de s'asseoir, de marcher et de vaquer à ses occupations ordinaires.

En principe, je suis très-disposé à admettre qu'il faut autant que possible ne pas astreindre les opérés à un repos forcé, et qu'il est bon de leur donner toute la somme de liberté possible. Les mouvements qu'on leur permet, quand ils le désirent et qu'ils se sentent la force de les exécuter, leur donnent une confiance et une sécurité qui ne peuvent que contribuer puissamment à leur guérison; en outre ils leur épargnent l'irritabilité, les anxiétés, les impatiences qui sont les compagnes presque inséparables de la contrainte. C'est donc un grand avantage de pouvoir placer l'opéré dans ces conditions avantageuses, en le débarrassant en même temps des entraves, des liens, des

---

(1) Garnier, *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales,* 1866, p. 322.

(2) Schuppert, ouvrage cité, p. 12.

tortures de toute espèce que l'ancienne chirurgie semblait avoir pris plaisir à accumuler autour des pauvres patients.

Mais il ne faut point abuser des meilleures choses, et il est bon de ne pas étendre outre mesure l'application de ce principe. Excellent en thèse générale, il doit se modifier et même disparaître quelquefois en présence d'indications majeures. Celle de ces indications qui doit passer avant toutes les autres dans le traitement des plaies, c'est de placer celles-ci dans de telles conditions que le travail délicat qui doit en amener la guérison puisse s'exécuter à la faveur du repos le plus parfait de la partie lésée. Lorsque cette immobilité peut être acquise tout en permettant la locomotion générale (et je crois que ce cas se présente beaucoup plus souvent qu'on ne le pense), il faut s'en féliciter grandement, car on a alors pour soi toutes les chances favorables; mais quand il ne peut en être ainsi, il faut sacrifier le principe accessoire au principe essentiel, au risque même d'astreindre l'opéré à des incommodités, à des désagréments ou même à de véritables souffrances.

Dans l'espèce, la question à résoudre se réduit donc à savoir si le décubitus dorsal favorise l'immobilité de la région de la fistule, et si les mouvements du corps, soit sur place, soit hors du lit, sont incompatibles avec cette immobilité. Poser la question de cette manière c'est la résoudre : car il est impossible de soutenir que les secousses produites par la locomotion et les efforts exigés par tout changement d'attitude, ne sont pas accompagnés de changements de rapports dans les viscères abdominaux et de pressions ou de tiraillements retentissant sur la paroi uro-génitale. Si l'on alléguait que les opérées ont pu quelquefois se livrer à ces exercices sans que la réunion ait été compromise, je répondrais que ce n'est pas ce qui s'observe ordinairement, et je citerais comme preuve du danger que je signale l'exemple de la femme qui fait le sujet de l'obser-

vation XV, chez laquelle des mouvements désordonnés ont provoqué la rupture d'une cicatrice déjà bien formée. Du reste, il est évident que la tolérance des mouvements à volonté entraîne forcément la nécessité de renoncer au bénéfice du cathétérisme continu et l'obligation de recourir au cathétérisme intermittent ou d'abandonner complétement la miction à la nature.

Le décubitus sur le dos jusque plusieurs jours après la constatation de la guérison de la fistule doit donc être la règle générale. L'on n'est autorisé à déroger à l'usage de cette position qu'en présence de certaines circonstances peu communes, comme celles des observations I, II (5e opération), V (3e opération), XI, XIII, XIX.

Les partisans de la liberté de locomotion font en général bon marché du *cathétérisme*, et on le conçoit sans peine, car ils ne peuvent se comporter autrement s'ils veulent être conséquents. Ils vont plus loin : ils accusent l'emploi de ce moyen de provoquer des accidents et même de compromettre le résultat de l'opération. Si ces accusations sont nécessaires pour légitimer en apparence une pratique qui rend le cathétérisme impossible, il s'en faut qu'elles soient basées sur des raisonnements justes et sur une observation exacte : c'est ce que démontreront les considérations qui vont suivre.

L'idée qui a dirigé les praticiens qui ont adopté le cathétérisme ne peut avoir été que de soustraire la partie opérée à trois causes d'insuccès : 1° au contact de l'urine; 2° à la contraction de la vessie; 3° à la dilatation de cet organe.

La soustraction de la première de ces causes est complétement impossible. Pas plus après l'avivement en entonnoir aigu qu'après l'avivement en biseau, la suture ne peut fermer assez hermétiquement la partie de la fistule qui est tournée vers la vessie pour que l'urine ne puisse plus se mettre en contact avec quelques points de sa sur-

face. Dans l'avivement aigu, ces points correspondent aux intervalles des fils et à l'endroit de leur entrée dans la cavité urinaire; dans l'avivement en biseau, ils se trouvent au-dessus du liseré de tissu non entamé situé au pourtour de la fistule. Il est vrai que, pendant le serrement des fils, le biseau de l'avivement oblique doit se relever un peu, et déterminer ainsi dans la vessie la formation d'une petite saillie assez propre à écarter jusqu'à un certain point le liquide ambiant; mais on ne peut pas espérer que cette circonstance suffise à en empêcher complétement le contact. Par conséquent ce n'est pas en produisant ce dernier effet que le cathétérisme peut être utile.

La contraction de la vessie a pour stimulant naturel la présence de l'urine dans sa cavité. Elle a pour résultats, d'une part, une pression sur le liquide contenu, pression qui tend à en provoquer l'infiltration dans le trajet opéré, et, d'autre part, le déplacement de la paroi vésicale sur celle du vagin. Ce déplacement, dans l'état normal, est favorisé par la grande laxité du tissu conjonctif interposé entre les deux organes, et peut à la rigueur s'effectuer sans que le conduit utéro-vulvaire y participe. Mais dans le cas de fistule, l'adhérence et par conséquent la solidarité des deux viscères s'étant établies au pourtour de l'orifice, les mouvements de l'un peuvent jusqu'à un certain point entraîner la locomotion de l'autre, et il se fait ainsi que l'action musculaire des fibres vésicales doit avoir une certaine influence sur les bords affrontés. C'est donc avec raison que l'on s'est évertué à écarter cette cause de déchirement et de désagrégation, et qu'on a cherché à la combattre par le cathétérisme.

Ce que la contraction vésicale exécute d'une manière active, la dilatation le produit d'une manière passive, car elle tiraille la poche urinaire et en met en jeu l'élasticité qui réagit en poussant le liquide vers la partie opérée. Il

en résulte qu'il est encore rationnel de tâcher d'éloigner cette action nuisible, qui est bien réelle, au même titre que la contraction vésicale.

Mais est-il bien possible de supprimer ces deux causes perturbatrices au moyen du cathétérisme? Là est le nœud de la question.

D'abord, comme je l'ai dit (p. 378), il ne faut pas espérer que la sonde enlève chaque goutte d'urine au moment où elle tombe dans la vessie, et quelle que soit la courbure qu'on lui donne, on ne peut jamais la mettre dans un contact parfait avec le bas-fond de l'organe; il n'est même pas à désirer qu'il en soit ainsi, car ce contact pourrait irriter douloureusement la muqueuse et donner lieu à une cystite. L'urine qui s'écoule goutte à goutte par le cathéter ne représente que le trop plein d'un petit amas de liquide interposé entre le bas fond de la poche urinaire et l'instrument. Quant aux contractions de la vessie, il est incontestable que la présence de la sonde n'en préserve pas complétement : cet instrument peut bien supprimer celles de ces contractions qui résultent de la sensation déterminée par la plénitude de l'organe; mais il est susceptible d'en exciter d'autres, en sa qualité de corps étranger agissant douloureusement sur la surface de la muqueuse. Les partisans *quand même* du cathétérisme ont beau nier cette action, c'est une illusion que les faits viennent à chaque instant détruire : il suffit, par exemple, de se rappeler ce qui se passe chez certains sujets nerveux après une simple exploration vésicale, pour comprendre que le séjour d'une sonde prolongé pendant dix à quinze jours ne peut être regardé comme une chose indifférente. La vérité est que, le canal de l'urèthre étant beaucoup moins étendu chez la femme que chez l'homme, celle-là supporte généralement mieux le cathétérisme que celui-ci, à moins, bien entendu, qu'il n'existe chez elle des conditions spéciales

d'créthisme et de susceptibilité nerveuse. Il est encore vrai qu'après les opérations de fistule vésico-vaginale, la vessie, habituée depuis longtemps au contact anormal de substances irritantes, semble souffrir moins qu'en temps ordinaire de l'introduction du cathéter. Souvent aussi certaines opérées, peu impressionnables de leur nature, paraissent ressentir fort médiocrement les inconvénients de la sonde. Enfin, il arrive fréquemment qu'après avoir été mal supporté pendant quelque temps, l'instrument finisse par ne plus donner lieu à aucune sensation pénible. Pour ce qui concerne la dilatation de la vessie et ses effets, il est certain que le maintien d'un cathéter dirigé et soigné comme il convient de le faire, place la femme à l'abri de cette complication, et c'est là, au fond, l'avantage le plus incontestable du cathétérisme.

Il me paraît donc démontré que l'usage de la sonde n'est pas un moyen infaillible d'éviter tous les dangers contre lesquels il est dirigé, et qu'il produit même parfois quelques incommodités fort désagréables. Mais il n'est pas moins évident qu'il écarte plusieurs causes d'accidents, et qu'en définitive, en envisageant l'ensemble des effets qu'il produit dans la majorité des cas où on l'applique, on ne peut contester que la somme de ses bons résultats surpasse de beaucoup celle de ses inconvénients. L'absence de tout cathétérisme, laissant l'opérée exposée à presque tous les phénomènes fâcheux qui peuvent accompagner l'emploi de la sonde, sans offrir des avantages susceptibles d'établir une compensation suffisante, me paraît être une pratique dont l'adoption n'est autorisée par aucun motif plausible. Je crois qu'on ne doit la considérer que comme un de ces moyens suggérés par une philanthropie peu éclairée qui sacrifie l'intérêt futur de la malade à sa liberté et à ses commodités du moment.

On a cru avoir trouvé un expédient propre à concilier

les idées opposées des ennemis et des partisans du cathétérisme, en adoptant une méthode mixte consistant dans l'introduction intermittente de la sonde. L'on s'est dit que, puisque le maintien du cathéter peut être nuisible, et que, d'un autre côté, l'absence de cathétérisme doit l'être encore davantage, il serait possible d'éviter ces deux dangers en ne portant l'instrument dans la vessie qu'autant qu'il le faut pour empêcher cet organe de se distendre, et en ne l'y laissant jamais séjourner assez pour l'irriter. Cette nouvelle idée, examinée d'une manière absolue, semble parfaitement juste, et si l'on pouvait la réaliser d'une manière certaine, nul doute qu'elle ne produisît les bons effets que le raisonnement fait prévoir. Mais malheureusement les prévisions de la théorie sont ici loin de répondre aux réalités de la pratique. En effet, si quelquefois, au moyen d'un cathétérisme répété toutes les deux heures ou même plus fréquemment, la nuit comme le jour, on peut maintenir la vessie vide pendant dix à douze jours, bien plus souvent les circonstances où l'on se trouve placé rendent ces résultats presque irréalisables. On conçoit à la rigueur que, chez les personnes aisées, on parvienne à les obtenir en s'entourant de précautions minutieuses et d'un nombre suffisant d'aides intelligents et dévoués; mais quand on se trouve dans des conditions contraires, et surtout lorsqu'on opère dans les établissements publics, il y aurait presque de la naïveté à croire à la possibilité de se procurer les mêmes éléments de sécurité. Or, comme il suffit d'un peu de négligence, de distraction, d'oubli, de mauvaise volonté ou de maladresse dans l'exécution du cathétérisme pour faire perdre en peu d'instants tout le bénéfice des soins déjà donnés, on comprend que peu de chirurgiens consentent à s'exposer à toutes ces causes d'inquiétude et à confier le salut de leurs opérées à une méthode qui leur offre si peu de garanties.

Il faut donc presque toujours en revenir au cathétérisme continu, malgré ses imperfections et ses inconvénients. Pour le pratiquer, il vaut mieux recourir à la sonde d'étain qu'à celle d'aluminium ou de caoutchouc, par la raison que l'étain est plus ductile que l'aluminium (Obs. II (2e opération)) et qu'il conserve mieux que le caoutchouc la forme qu'on lui donne (Obs. XVIII (6e opération)). Cette dernière substance offre en outre le désavantage de s'altérer plus facilement et de se nettoyer moins bien que les deux autres. Les sondes d'étain peuvent être ployées dans tous les sens avec la plus grande facilité (Obs. VII (1re opération), VIII), ce qui permet d'en varier tous les jours la courbure et d'empêcher ainsi le bec de l'instrument d'appuyer toujours sur le même point de la vessie; pour les nettoyer, on peut les redresser complétement de manière à pouvoir y introduire un stylet ou une aiguille à tricoter et à les écouvillonner, ce qui est plus expéditif et plus avantageux que de les plonger dans une solution acide ou alcaline; en outre il est facile de donner à leurs courbures toutes les variétés que peuvent exiger les différences de direction de l'urèthre et de la vessie.

Il y a plusieurs précautions à prendre pour rendre aussi efficace, aussi inoffensive et aussi commode que possible la présence de la sonde dans la vessie. Les trous de son extrémité vésicale doivent être petits, pour que la muqueuse vésicale, qui a une propension toute particulière à faire hernie dans les grandes ouvertures, ne puisse s'y introduire; faute d'avoir pris cette précaution, j'ai vu plusieurs fois, entre autres dans le cas de l'observation I, la muqueuse boucher les pertuis, empêcher la sortie des urines et gêner beaucoup l'extraction de l'instrument. Le cathéter doit avoir une courbure telle, qu'il soit comme à cheval sur la paroi inféro-postérieure de l'urèthre, et qu'il y reste appendu sans avoir aucune tendance à changer de place.

Le pavillon doit se diriger vers un vase d'une forme ovalaire, pas trop grand, que l'on place entre les cuisses de l'opérée en lui faisant dépasser en arrière le périnée, de sorte qu'il soit retenu en place par la légère pression que ces parties exercent sur lui. J'ai l'habitude de fixer à l'extrémité de la sonde une mèche de coton ou de toile qui descend directement dans le vase, sert de conducteur à l'urine et en prévient la rétrogradation vers la vulve. Pour éviter de devoir retirer trop souvent le récipient, j'y place d'ordinaire une éponge (Obs. VI), qui absorbe le liquide et l'empêche de s'épancher, et que l'on retire pour l'exprimer et la laver chaque fois qu'elle est suffisamment imbibée. Il est prudent toutefois d'enlever de temps en temps le vase et d'en changer la position, pour éviter les empreintes douloureuses qu'il pourrait produire sur les cuisses et les fesses, et en même temps pour nettoyer l'opérée, la changer d'alèzes, répandre sous son siége, s'il le faut, de la poudre de lycopode, etc. J'ai renoncé depuis longtemps au tuyau de gomme élastique fixé à la sonde et conduit dans un réservoir placé à côté du lit, par la raison qu'il exerce, quoi qu'on fasse, des tiraillements sur l'instrument, qu'il le dérange ou le fait même sortir. On retire quelquefois les plus grands avantages, lorsque la sonde a de la tendance à se dévier et à abandonner la cavité vésicale, à la fixer dans une position invariable, pourvu cependant que l'on ait bien constaté d'abord que les mouvements n'en sont pas forcément produits par une conformation particulière contre laquelle il serait inutile et dangereux de lutter (Obs. V). L'attache de la sonde à un bandage de corps, comme on le faisait anciennement et comme on le conseille encore aujourd'hui (Obs. II (1re opération)), son accolement aux côtés des grandes lèvres avec du sparadrap ou du collodion (Obs. XI (2e opération), XII (2e et 3e opérations)), sont des expédients peu propres à remplir con-

venablement cette indication. Le procédé qui m'a semblé le plus simple et le plus sûr, est celui que j'ai mis en usage chez les opérées des observations XVII et XVIII (et dans plusieurs autres circonstances encore que mes observations ne rappellent pas) : ce procédé consiste à former, sur les deux côtés de la vulve, une espèce de pinceau, composé de poils de la région préalablement agglutinés par du collodion, et de fixer chacun d'eux à la sonde au moyen d'un fil fortement serré; il est facile de retirer plus tard le cathéter en coupant le fil sans toucher aux poils. Cet expédient est surtout utile quand on peut craindre que la femme dérange volontairement l'instrument : car tout essai d'extraction détermine une douleur qui arrête immédiatement cette imprudente tentative. Une précaution des plus importantes est de retirer le cathéter pour le décrasser et de le remplacer par un autre aussitôt qu'on s'aperçoit qu'il ne laisse plus les urines s'écouler librement, ce qui arrive à des époques très-variables, probablement à cause de la différence de composition du liquide chez les femmes affectées de fistule.

Comme après l'enlèvement des fils, la cicatrice résultant de l'oblitération de l'ouverture anormale est encore assez faible et exposée à se déchirer facilement, il est nécessaire de prolonger un peu l'emploi du décubitus dorsal et du cathétérisme. Généralement j'ai continué à maintenir la sonde pendant deux jours (Obs. IX, XII, XIV, XVI, XVII, XVIII); quelquefois un jour seulement (Obs. X, XI (2e opération), XIII, XV); d'autres fois quatre jours (Obs. VIII). Dans certains cas, immédiatement après avoir ôté des fils, j'ai substitué pour quelques jours au cathétérisme continu le cathétérisme intermittent (Obs. II (5e opération), III, VI, VIII, IX, X, XI (2e opération), XV). Mes opérées se sont ordinairement levées après la suppression de la sonde ou la cessation du cathétérisme intermittent (Obs. I, III, IV, VI).

L'usage du cathétérisme, ai-je dit, est loin d'être exempt de désagréments et de conséquences qui sont quelquefois fort embarrassantes. Il est bon de s'y attendre, pour ne pas avoir en ce moyen une confiance trop aveugle et pour se tenir prêt à remédier aux complications qu'il peut faire naître. Il faut, du reste, être prévenu de toutes les circonstances qui peuvent accompagner l'introduction, le maintien, l'enlèvement et la réintroduction de la sonde, parce qu'elles sont susceptibles d'influer sur l'opinion que le chirurgien doit se faire de l'état des parties opérées, et de le guider dans ses déterminations ultérieures. Pour donner une idée de ces particularités du cathétérisme, je ne crois pouvoir mieux faire que de récapituler celles que j'ai observées après mes opérations : elles comprennent, sinon la totalité, du moins une bonne partie des incidents divers auxquels son emploi peut donner lieu :

Il m'est arrivé d'avoir assez de difficulté à introduire la sonde, un spasme ayant resserré le col vésical (Obs. XII (2e opération), XVIII (2e opération));

En introduisant l'instrument, il m'a semblé que je heurtais contre un fil métallique, ce qui m'a fait supposer que la suture avait pénétré dans les voies urinaires (Obs. XVIII (1re opération)); cependant, cinq jours après, la même sensation ne s'est plus reproduite;

L'injection, après l'opération, revient entre la sonde et le méat, par suite de l'absence du col de la vessie (Obs. XIX (2e opération));

La présence de la sonde détermine un peu de rougeur et de douleur au méat urinaire (Obs. I, V, VI); la douleur est assez forte pour me forcer à renoncer au cathétérisme permanent et à le remplacer par le cathétérisme intermittent (Obs. I); une autre fois, il survient de la fièvre, des nausées, etc., qui sont assez prononcées pour me contraindre à abandonner le cathétérisme (Obs. XIX (2e opération));

L'indocilité et la pétulance de la femme m'obligent à retirer la sonde et à me résigner au cathétérisme intermittent (Obs. VII (1re opération));

La sonde se dévie ou se retourne, et l'on ne peut vider la vessie qu'en faisant exécuter un demi-tour à l'instrument (Obs. V, VI, XII (3e opération));

Le cathéter sort à différentes reprises (Obs. I, IV, VII (1re opération), XI (1re opération), XII (1re et 2e opérations));

La sonde, probablement pendant un cathétérisme maladroit pratiqué en mon absence, a passé par la fistule dans le vagin (Obs. II (1re opération));

L'instrument, ayant été complétement bouché ou étant resté sorti pendant quelque temps, est replacé et donne immédiatement issue à une grande quantité d'urine, ce qui est d'un bon augure (Obs. I, IV, VI, IX, X, XIII, XIV);

Le cathéter est expulsé, et pendant qu'il est hors de la vessie l'opérée évacue de l'urine par le canal de l'urèthre; mais elle croit aussi en rendre par le vagin, ce qui est inquiétant (Obs. XII (2e opération));

Après la sortie de l'instrument, la patiente peut retenir et expulser volontairement ses urines par l'urèthre (Obs. XII (1re opération));

Un nouveau canal uréthral ayant été formé, la sonde est projetée au dehors le quatrième jour, et l'opérée lance un jet d'urine par la nouvelle voie (Obs. XVIII (8e opération));

Après l'enlèvement des fils, la femme, ayant l'habitude du cathétérisme, se sonde elle-même (Obs. XI (2e opération));

Le lendemain de la levée des fils, l'opérée se désespère parce qu'elle croit avoir de nouveau perdu ses urines par le vagin; mais c'est une erreur, car l'écoulement a eu lieu entre la sonde et le nouveau canal de l'urèthre (Obs. XVIII (8e opération));

Il est inutile de pratiquer le cathétérisme et de prescrire l'immobilité, la totalité de la fistule n'ayant pas été bouchée par l'opération (Obs. XIX (1re opération)).

Le *régime* qu'il convient d'instituer pendant le traitement consécutif peut se déduire de considérations générales applicables à tous les opérés, et d'indications spéciales se rapportant tout particulièrement aux opérations de fistules uro-génitales.

Les considérations générales qui doivent surtout guider dans le choix du régime sont relatives :

A l'état nerveux de l'opéré;

Aux facultés plastiques de son organisme;

A la réceptivité de l'économie pour les substances nuisibles avec lesquelles la plaie se trouve en contact.

L'état nerveux dans lequel se trouvent les personnes soumises à des lésions traumatiques est tellement prononcé qu'on a pu les comparer à des sensitives, et qu'il faut employer les plus grandes précautions pour ne pas les affecter, soit au moral, soit au physique. Cet état réagit sur les parties opérées avec une puissance que tous les observateurs ont pu constater, et quand il est exagéré d'une manière ou d'une autre, il désordonne, altère, supprime même les fonctions réparatrices des tissus qui les composent. Il est donc indiqué de tâcher d'émousser cette hyperesthésie par l'emploi de toutes les ressources de l'hygiène : aux influences morales dont j'ai déjà parlé (p. 400) il faut joindre les moyens physiques. Parmi ceux-ci, le régime doit indubitablement tenir le premier rang, et il doit consister à introduire dans le corps une quantité suffisante d'éléments nutritifs pour que la masse sanguine puisse servir de contre-poids régulateur à l'excitation du système nerveux. *Sanguis,* a-t-on dit avec raison, *moderator nervorum.*

La plasticité de l'organisme est une des conditions *sine quâ non* de l'activité du travail important qui doit aboutir à la cicatrisation des plaies. Ce travail, comme on sait, attire à lui une bonne partie des forces vitales, et il ne peut s'exécuter efficacement sans avoir à sa disposition des matériaux de la meilleure qualité; or, ces matériaux lui étant apportés par le sang, la crase de ce liquide influe d'une manière extrêmement prononcée sur sa marche et sa terminaison. Il est donc encore nécessaire, à ce point de vue, de soutenir les fonctions nutritives et de donner au sang, au moyen d'un régime substantiel, une composition riche en éléments d'organisation.

La faculté absorbante des tissus et leur réceptivité pour les éléments délétères sont, comme l'enseigne et le démontre la physiologie, en raison directe de la vacuité des organes de la circulation. Plus les veines et les lymphatiques sont désemplis, plus les miasmes, les gaz putrides, les liquides de mauvaise nature y pénètrent avec facilité; au contraire, plus les vaisseaux sont distendus par un contenu abondant, plus il leur est difficile d'admettre de nouvelles substances qui établiraient un *trop plein* dans ce contenu. C'est là une vérité si bien établie que tous les médecins conseillent de ne point s'exposer aux dangers d'une infection après une diète trop prolongée, et de ne les affronter que pendant le travail de la digestion. Il est donc rationnel de veiller à ce que le système circulatoire des opérés soit dans un état de réplétion suffisante pour que les substances peccantes déposées à la surface des plaies ne puissent y pénétrer par une endosmose trop active.

Ces considérations générales doivent conduire à cette conclusion, qu'un régime non pas excitant mais substantiel et réparateur est celui qui convient le mieux en général aux opérés dont les forces digestives sont dans un état assez favorable pour pouvoir supporter cette alimen-

tation. Ce principe diététique, qui a été si longtemps combattu, commence enfin à pénétrer partout dans l'esprit des chirurgiens. Nous sommes loin aujourd'hui de cette époque où l'on préparait les patients à l'opération par quelques jours d'un régime de diète, que l'on maintenait pendant une bonne partie du traitement, sous prétexte de fièvre, d'inflammation de la plaie, de rougeur et de sécheresse de la langue, etc. On a compris qu'une réaction modérée est la compagne nécessaire de la formation et de l'organisation de produits exsudatifs de bonne qualité, et que le meilleur guide à suivre dans l'usage des aliments, ce n'est ni l'état de la langue ni celui du pouls, mais l'instinct et l'appétence de l'opéré. Les Anglais nous ont beaucoup appris à cet égard, et ce n'est pas sans raison que, lorsqu'ils reçoivent des étrangers dans leurs établissements hospitaliers, ils leur exhibent avec une sorte d'orgueil ces splendides cuisines où s'élaborent des moyens de guérison bien supérieurs à ceux qui se préparent dans les laboratoires des pharmacies. Tous les chirurgiens qui sont au courant de l'état de la science ont été frappés de la fréquence des succès qu'obtiennent les Anglais après leurs grandes opérations, et de la différence que présentent sous ce rapport leurs statistiques avec celles qui résument la pratique du continent (1); on a surtout remarqué la mortalité moindre des amputés de leur armée pendant la guerre de Crimée (2). On a attribué ces résultats à la petitesse de leurs hôpitaux, à leurs précautions hygiéniques concernant la ventilation, à leur mode de pansement,

---

(1) Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*. Paris, 1861, p. 261.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1865, t. III, p. 821.

de couchage, etc., et évidemment l'on a eu raison de tenir compte de tous ces éléments de bien-être et de guérison. Mais je crois qu'une des causes principales de leurs succès est leur régime habituel, qu'ils continuent d'appliquer aux opérés, et qui les rend, si je puis m'exprimer ainsi, plus *plastiques* que les habitants de plusieurs autres pays; il faut y joindre leur calme ordinaire, qui les expose moins aux violents ébranlements du système nerveux. Je n'examine point quelle peut être l'influence de ces habitudes et de ces dispositions naturelles sur les qualités de l'esprit et sur la valeur des individus : je ne les considère qu'au point de vue purement chirurgical; et en m'en tenant à ce côté de l'appréciation qu'on peut en faire, j'y trouve l'explication du peu de perturbations physiques et morales qui accompagnent et suivent souvent chez eux les grandes opérations. L'habileté, du reste incontestable, de leurs chirurgiens n'explique point ces effets : car si ceux-ci étaient proportionnels à l'art déployé dans l'exécution de la manœuvre opératoire, nul doute que d'autres nations, dont les praticiens ne sont pas moins bien partagés sous ce rapport, ne parvinssent à les obtenir comme eux.

Je ne voudrais pas que l'on inférât de ce qui précède que je considère le régime diététique des Anglais comme applicable aux opérés de tous les pays. Je sais trop combien le tempérament particulier, les habitudes, le climat doivent apporter de changements dans les prescriptions hygiéniques, pour que je puisse donner un semblable conseil. Mon intention est seulement d'établir qu'en principe il faut soumettre les opérés à une alimentation tonique, variable suivant les différentes conditions géographiques et climatériques, mais toujours suffisamment réparatrice pour maintenir leurs forces à un degré propre à prémunir l'économie contre l'ataxie nerveuse, la lenteur de la cicatrisation et l'action des produits délétères.

Les indications spéciales fournies, quant au régime, par les opérations de fistule vésico-vaginale, sont relatives à la convenance qu'il y a de ne point administrer d'aliments qui fournissent des résidus excrémentitiels trop abondants. A ce point de vue, les substances animales, dont la digestion s'achève presque complétement dans l'estomac et qui ne contiennent presque pas de matières inassimilables, conviennent à merveille, d'autant plus qu'elles remplissent les conditions générales de nutrition que réclame l'état des opérées. Seulement, en les administrant, il faut tenir compte du besoin qu'éprouvent certains estomacs de changer d'aliments, et savoir à propos préserver la patiente de la satiété et de l'inappétence en lui donnant de temps en temps quelques mets nouveaux, choisis de préférence parmi ceux qui exposent le moins à procurer des selles.

La constipation, en immobilisant momentanément le rectum et la cloison recto-vaginale et en supprimant en même temps les efforts d'expulsion susceptibles de retentir sur la région opérée, constitue, on le comprend facilement, un état qu'il faut tâcher d'obtenir par tous les moyens dont l'hygiène et la thérapeutique disposent. Évidemment le régime animal contribue beaucoup à l'établir; mais il est des sujets où seul il serait impuissant. L'acétate de morphine, dans ces cas, rend les plus grands services; je l'ai presque toujours employé avec avantage, à la dose de deux centigrammes à la fois et en ne dépassant pas quatre centigrammes par jour, et, en général, il m'a permis de maintenir la constipation jusqu'à la fin du traitement. Ainsi, l'on voit dans les observations II (5e opération), III, IX que les opérées sont restées constipées pendant onze jours; dans l'observation VI douze jours; dans l'observation IX treize jours, et dans les observations I et VIII quatorze jours; il en a été à peu près de même dans les autres cas où la mention de cette circonstance a été omise.

Cependant j'ai toujours eu pour règle de n'administrer le médicament narcotique qu'au moment où le besoin d'aller à la garde-robe se faisait sentir, et de m'en dispenser lorsque les envies ne se manifestaient pas, comme dans les observations XI (2e opération) et XII (3e opération). Les cas où la constipation n'a pu être maintenue sont ceux de l'observation VII, où une selle a eu lieu le sixième jour, de l'observation XII (2e opération), où l'évacuation s'est faite le septième jour, et de l'observation XV, où elle s'est produite le huitième. Chose remarquable, chez deux femmes habituellement constipées, j'ai eu de la peine, malgré l'administration de la morphine, à empêcher les selles pendant la durée du traitement (Obs. IX, XIII). Je n'ai pas observé que l'emploi de l'acétate de morphine eût aucune influence fâcheuse sur les digestions, et j'ai, au contraire, remarqué que le calme qu'il procure contribuait assez généralement à rendre ces fonctions plus régulières.

Quand le traitement consécutif est achevé et qu'on a des raisons de croire que la cicatrice est assez résistante, il n'y a plus aucune raison de maintenir la femme au lit et de continuer le cathétérisme. On peut donc lui permettre alors de se lever et lui recommander d'essayer d'uriner, en évitant, au commencement, de se livrer à des efforts trop violents. Les opérées de mes observations I, III, IV se sont levées le treizième et le douzième jour, et celle de l'observation VI le onzième. La miction spontanée s'est faite le dixième jour pour les sujets des observations X et XIII; le onzième pour ceux des observations VI, XII (3e opération), XIV, XVII; le douzième pour les observations XI, XVI; le treizième pour les observations I, IX, et le quatorzième jour pour l'observation VIII.

E. Suites de l'opération; accidents consécutifs; résultats.

Il y a peu d'opérations qui exposent à aussi peu de suites fâcheuses que la suture américaine. Quand la fistule est simple et que la manœuvre chirurgicale peut être exécutée d'après les règles classiques, sans qu'il faille en dévier à cause de complications particulières, la santé n'en paraît altérée en aucune manière, et, le plus souvent, en voyant la femme opérée, on ne pourrait se figurer qu'elle a passé par les mains du chirurgien. Cette absence de toute réaction morbide s'explique facilement par la petite étendue de la lésion produite, par le peu de sensibilité du tissu entamé, et par la nature des fonctions du conduit utéro-vulvaire, lesquelles peuvent être momentanément modifiées ou même supprimées sans qu'il en résulte une perturbation susceptible de troubler l'ensemble de l'économie.

Lorsque certaines complications viennent donner un peu plus d'importance aux solutions de continuité résultant de l'opération, il peut bien se manifester quelques symptômes consécutifs qui méritent d'être pris en sérieuse considération; mais, en général, on ne doit point craindre ces maladies terribles qui emportent si souvent les opérés après les grandes diérèses chirurgicales. L'apparition d'inflammations diffuses, de la diphthérite, de la gangrène, du tétanos, de l'infection purulente, est une chose tellement rare que, lorsque par hasard elle a lieu, on est en droit de se demander s'il n'y a point quelque cause étrangère, plus puissante que les lésions, qui a pu la faire naître. Je puis dire que presque jamais je n'ai vu survenir chez mes opérées un état assez grave pour me donner de sérieuses inquiétudes. Dans les deux seuls cas de mort que j'aie eu à regretter (Obs. V et XXIII), l'une des femmes a succombé après la guérison de sa fistule, par suite d'une

circonstance fortuite, et l'autre a eu le malheur de se trouver dans un foyer épidémique qui lui a communiqué l'affection qui sévissait sur les autres malades de l'hôpital où elle avait été opérée.

Les incommodités légères que l'on peut voir survenir après l'opération de la fistule sont : quelques douleurs hypogastriques (Obs. I, IV, V (1re, 2e, 3e, 4e opérations), XVII); un peu de fièvre (Obs. XII (1re opération), XIX); quelques nausées, des coliques avec ballonnement du ventre (Obs. V, IX, XIII); quelquefois les femmes restent un peu abattues après avoir été transportées dans leur lit, ou elles éprouvent des frissons, des tremblements nerveux (Obs. V (1re 2e, 3e, 4e opérations)); quand il y a de la toux, l'abdomen s'en ressent assez facilement, et elle y provoque d'ordinaire quelques douleurs que chaque accès vient augmenter (Obs. XVIII (1re opération)); quelquefois l'appétit se perd un peu, mais cela est rare, à moins que l'opérée ne soit habituellement sujette à l'anorexie (Obs XIII); ce n'est qu'exceptionnellement qu'il survient une fièvre assez intense (Obs. V).

Un des plus grands bienfaits de l'avivement en biseau et de la suture qui lui succède, est de ne produire aucune lésion qui puisse exciter les contractions spasmodiques de la vessie. Aussi voit-on rarement celles-ci survenir après l'opération; quand cela arrive, on peut être presque certain qu'elles se rapportent soit à l'intolérance de la poche urinaire pour le cathétérisme, soit à quelque autre cause particulière inhérente au cas spécial que l'on a à traiter. Ainsi, dans l'observation IV, on voit des ténesmes apparaître chez une femme extrêmement impressionnable et dont la vessie a contracté une grande irritabilité par la présence antérieure de calculs. Dans l'observation V, les ténesmes ont dépendu d'une disposition singulière de la vessie, qui était convertie en une espèce de rigole condui-

sant directement les urines à la fistule, le canal de l'urèthre étant maintenu à l'écart. Dans l'observation XVIII, les contractions vésicales ont été probablement déterminées par la présence des fils dans la substance du col de l'organe, peut-être aussi par la pression de la sonde sur les parois d'un canal trop étroit, ces deux circonstances coïncidant avec une susceptibilité extrême des organes génitaux.

Les ténesmes, quelle qu'en soit la cause, peuvent avoir pour résultat l'expulsion violente de la sonde (Obs. I (1re, 2e, 3e, 4e opérations)), la projection de l'urine entre le canal de l'urèthre et le cathéter (Obs. IV, XVIII (8e opération)), et quelquefois, ce qui est plus grave, l'issue du liquide par la fistule (Obs. XVIII (6e opération)). Ces accidents forcent quelquefois le chirurgien à enlever momentanément le cathéter (Obs. XVIII (3e opération)), ou à recourir à l'évacuation intermittente de la vessie, ou enfin à renoncer complétement à toute espèce de cathétérisme. Il arrive cependant que des ténesmes assez violents, même ceux qui surviennent pendant que toute issue est fermée à l'urine, ne sont suivis d'aucun effet fâcheux (Obs. XVIII (8e opération)); mais il n'en faut pas moins les considérer comme un symptôme fort fâcheux, qu'on doit tâcher d'éviter à tout prix et dont l'existence compromet, dans les cas les plus ordinaires, le succès de la réunion.

Quand, immédiatement après l'opération, on introduit une sonde dans la vessie pour y pousser l'injection qui doit faire constater la parfaite occlusion de la fistule, il sort, en général, par l'instrument une certaine quantité de liquide. Quelquefois celui-ci est abondant : il m'est arrivé une fois, à ma très-grande surprise, d'en retirer près de cinq cents grammes immédiatement après le transport de la femme dans son lit (Obs. XVI). Cette première urine évacuée par le cathétérisme est très-souvent claire, ce qui a toujours lieu lorsque l'opération n'a provoqué aucune

hémorrhagie. Dans le cas contraire, elle est souvent un peu rougeâtre, et, quand il y a eu formation de caillots dans la vessie, il peut se faire que ceux-ci soient expulsés par un violent effort (Obs. XIX (2e opération)). Presque toujours la présence du sang diminue insensiblement, de sorte qu'on ne la constate plus quelques heures après la pose des derniers fils; j'ai vu cependant la coloration rouge persister pendant plusieurs jours, ou reparaître quelque temps après l'opération (Obs. IV, VII (2e opération)). Après avoir perdu sa nuance sanguinolente, l'urine passe ordinairement à l'état de limpidité parfaite; elle n'est trouble qu'accidentellement, comme dans l'observation VI, où cette particularité n'a pas empêché la guérison d'avoir lieu, et dans l'observation VII, où elle a été la conséquence d'une ancienne cystite.

Il est fort rare, après l'opération américaine, de voir survenir de véritables hémorrhagies consécutives, soit dans le vagin, soit dans la vessie. Cela tient probablement à la nature de l'avivement propre à cette méthode, lequel expose rarement à la section de gros vaisseaux. Il n'en est pas de même des avivements qui se font en traversant de part en part toute l'épaisseur des parois uro-génitales : ceux-là peuvent produire plus facilement des lésions vasculaires assez importantes, et surtout l'ouverture des artères et des veines vésicales. Aussi voit-on, au soin que mettent les partisans de cet avivement à exposer les symptômes des hémorrhagies consécutives, aux descriptions qu'ils donnent des dangers qu'elles présentent sous le rapport de la réunion et des maladies qu'elles entraînent (1), que cette espèce d'accident a dû les surprendre à différentes reprises. S'il venait à se manifester, il serait toujours

(1) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, pp. 149 et suivantes.

facile, dans le cas d'issue du sang par le vagin, de rechercher le point de départ de l'hémorrhagie et d'y porter directement remède; mais si l'écoulement se faisait dans la vessie, la difficulté de parvenir à la source du liquide rendrait ce contre-temps beaucoup plus grave et plus inquiétant. Dans ce dernier cas, si les injections froides, la glace introduite dans le vagin, le tamponnement, etc., ne parvenaient pas à arrêter le sang, si, d'un autre côté, la vie était en danger, on pourrait se trouver dans la triste nécessité de pratiquer la section des fils et d'abandonner la réunion pour pouvoir faire plus aisément et plus sûrement l'application des hémostatiques. — Je n'ai observé que trois fois des hémorrhagies consécutives après mes opérations (Obs. IV, VII (2e opération), XIX (1re opération)). Dans le premier de ces cas, il n'y eut qu'un peu de coloration rouge dans les urines; dans le second, l'écoulement sanguin ayant eu lieu à la suite d'incisions pratiquées sur le col utérin, le liquide se montra en même temps dans le vagin et dans la vessie. Chez la femme qui fait le sujet de l'observation XIX, une perte de sang, survenue le quatrième jour, fut occasionnée par l'apparition des menstrues et n'eut aucune suite sérieuse. L'hémorrhagie, dans les trois cas, s'arrêta d'elle-même.

La conscience de ne plus perdre ses urines par la fistule et la satisfaction de voir le liquide reprendre sa voie naturelle soutiennent, en général, le moral de l'opérée et lui donnent un courage, une bonne humeur qui disparaissent bientôt si un accident survient dans la suture. Un praticien expérimenté peut, en entrant dans la chambre de la patiente et en examinant ses traits, savoir presque à coup sûr si tout est en bon ordre dans la cloison vésico-vaginale, ou si, au contraire, quelques fils ont traversé les lèvres de la plaie. Toutefois il est bon de savoir que les femmes se font souvent d'étranges et fausses idées sur la

suppression ou la réapparition de l'écoulement urinaire par le vagin : elles se trompent quelquefois en croyant que l'écoulement continue, tandis qu'il y a seulement filtration de l'urine entre la sonde et l'urèthre, ou bien épanchement du liquide à la surface de la vulve (Obs. IV); par contre, elles peuvent se persuader que la perte d'urine a cessé, bien qu'un pertuis se soit formé dans la ligne de réunion (Obs. XVIII (7e opération)). Ces sortes d'erreurs sont ordinairement le résultat ou d'une impressionnabilité et d'une appréhension excessives, ou d'une inattention insouciante qui empêche les femmes d'analyser convenablement leurs impressions. Quelquefois l'erreur peut provenir du chirurgien lui-même. C'est ainsi qu'un jour, une opérée m'ayant dit avoir senti l'urine passer par le vagin après la sortie de la sonde, je pensai qu'elle s'était trompée, parce que la réintroduction de l'instrument avait procuré l'évacuation d'une grande quantité de liquide; or, l'examen direct de la région de la fistule y démontra l'existence d'une ouverture (Obs. XI (1re opération)). Une autre fois, ayant injecté de l'eau dans la vessie après l'opération d'une fistule uréthro-vésico-vaginale, et ayant remarqué que le liquide sortait par l'instrument seul sans passer par le vagin, je crus à une guérison, dont je ne tardai pas à reconnaître la non-existence lorsqu'après avoir enlevé le cathéter j'eus fait exécuter un effort de miction (Obs. XVIII, (2e opération)) : l'instrument, pendant l'injection, avait bouché par sa présence un pertuis qui donna passage à l'urine aussitôt qu'il redevint libre.

Il arrive quelquefois que, malgré la guérison radicale de la fistule, il persiste une véritable incontinence, soit que le cathétérisme ait dilaté trop longtemps et comme *étonné* le sphincter, soit que la vessie n'ait pas encore repris l'habitude de ses fonctions. C'est un accident qui souvent effraye beaucoup les opérées et les fait douter de leur

guérison, mais dont une inspection attentive permet facilement de découvrir la nature; du reste, il diminue ordinairement de plus en plus et se termine en quelques jours. Quelquefois l'incontinence est le résultat d'une maladie antérieure (Obs. XV) et en réclame le traitement. Dans d'autres cas, elle provient de la paralysie du sphincter ou de la vessie elle-même, et la curabilité en est en rapport avec celle de ces affections. Enfin, elle peut être la suite de lésions directes de l'urèthre et du col produites soit par les fistules, soit par les manœuvres opératoires, soit par des cicatrisations vicieuses; et, encore une fois, il est ou il n'est pas possible de la guérir suivant qu'il y a ou non moyen de porter remède à ces accidents. A ce propos, il faut faire la remarque que l'absence d'une portion de l'urèthre et du col vésical compliquant une fistule, ne rend pas toujours inévitable l'incontinence consécutive : car M. Simon a observé plusieurs fois que, même lorsqu'il ne restait plus que d'un et demi à deux centimètres du tube uréthral, la rétention de l'urine demeurait encore possible après l'oblitération de l'ouverture. Ce fait semble contredire un peu les idées généralement reçues sur les fonctions du col de la vessie; mais il semble résulter des recherches de M. Barkow (1) que l'action du sphincter de cet organe n'est point aussi marquée ni aussi indispensable qu'on le croit ordinairement; cet anatomiste va même jusqu'à en nier l'existence. Selon lui, la fermeture de l'urèthre s'opère, non pas au moyen de fibres musculaires groupées autour du col, mais par l'action de fibres circulaires élastiques qui occupent toute l'étendue du canal et forment vers la vessie un anneau complet. A la rigueur, il n'est pas même nécessaire, pour comprendre les résultats indiqués par M. Simon, d'admettre la mem-

---

(1) G. Simon, *Ueber die Operation, etc.*, 1862, p. 41.

brane élastique décrite par M. Barkow, puisque M. Sappey a reconnu dans l'urèthre l'existence de deux couches musculaires, l'une formée de fibres longitudinales lisses, située profondément et se continuant avec les faisceaux longitudinaux de la couche plexiforme de la vessie, l'autre plus superficielle, constituée par des fibres striées, circulaires, faisant suite à celles du col vésical (1).

Un phénomène consécutif à la guérison de la fistule qui se présente beaucoup plus souvent que l'incontinence, c'est le besoin fréquent d'uriner, dépendant de ce que depuis longtemps la vessie n'a plus été accoutumée à être distendue et ressent beaucoup plus tôt que dans l'état normal le besoin de l'évacuation de son contenu. Cette incommodité tend aussi à disparaître insensiblement, en raison de l'élargissement que le réservoir urinaire subit peu à peu et du rétablissement graduel de sa capacité primitive. — La rétention d'urine est plus rare que l'incontinence et que la miction fréquente : elle peut être la conséquence de l'atonie de la vessie, d'une oblitération de la fistule qui a été suivie de la formation d'une espèce de valvule ou de diaphragme derrière le col vésical, d'un changement de direction dans les axes normaux du réservoir urinaire et de l'urèthre, en un mot, de toutes les causes qui diminuent la force du premier de ces organes ou qui gênent le passage de l'urine à travers le second. Je l'ai vue dépendre d'une projection en avant du col utérin, projection tellement marquée que cet organe venait appuyer contre le pubis, et établissait ainsi une cloison séparant le col vésical du reste de la poche urinaire (Obs. XXII). Toutes ces causes, pouvant plus difficilement

---

(1) Ph.-C. Sappey, *Traité d'anatomie descriptive*. Paris, 1857-1864, t. III, p. 518.

être enlevées que celles de la miction fréquente et même que la plupart de celles de l'incontinence, rendent par cela même la rétention plus tenace et moins généralement curable que les deux autres accidents, et réclament pour moyen de traitement un cathétérisme intermittent dont il est quelquefois nécessaire de prolonger l'usage pendant assez longtemps.

S'il arrivait qu'un uretère eût été oblitéré par la suture, des accidents d'hydronéphrose ne tarderaient pas à se manifester et à attirer l'attention du chirurgien. Il pourrait se faire dans ce cas qu'après avoir duré pendant un certain temps, les phénomènes rénaux disparussent à la suite d'une issue que le liquide se serait frayée dans le vagin ou dans la vessie en traversant la suture (Obs. XXI). Mais s'ils venaient à persister et à donner des inquiétudes, il n'y aurait d'autre moyen que d'enlever les fils et de renoncer momentanément à l'oblitération de la fistule.

Dans le vagin, il ne survient ordinairement aucun changement notable, sauf dans le cas où les fils, en ulcérant les tissus, déterminent une suppuration dont naturellement le produit remplit ce canal, ou bien lorsque, l'opération ayant été faite à la suite d'une ancienne vaginite, l'écoulement persiste, comme dans l'observation VII (1re opération). Ordinairement on n'y observe qu'un léger écoulement d'un blanc jaunâtre, assez analogue à celui de certaines leucorrhées, et qui se mêle quelquefois à l'urine fourvoyée à sa sortie du méat et de la sonde et aux hypersécrétions des glandes de la vulve (Obs. VI). A cet écoulement peuvent se mêler quelques mucosités utérines (Obs. IX).

Lorsque l'opération a eu pour résultat d'enfermer le col utérin dans la vessie, le premier de ces organes s'habitue facilement au contact de l'urine et n'en témoigne aucune souffrance; plus tard, il verse dans la cavité vésicale le sang

menstruel, qui colore le liquide qui s'y trouve, d'abord en rose pâle, puis en une nuance plus foncée, et s'évacue ordinairement avec lui sans produire aucune incommodité sérieuse (Obs. XX). Les règles peuvent se montrer dans le vagin pendant le cours du traitement, et ne troubler en aucune façon la cicatrisation par leur présence (Obs. X, XII (2e opération), XVII, XIX). Chez certaines femmes prédisposées à la précipitation des matériaux de l'urine, il se forme parfois dans le vagin des concrétions plus ou moins solides, bien entendu lorsque la suture a manqué et que le liquide a continué à suivre sa route anormale (Obs. XI, XIX (1re opération)). Il peut aussi s'en rencontrer dans la vessie, mais cela arrive surtout lorsque des corps étrangers, des fils, par exemple, sont entrés dans la cavité de ce viscère; or, quand la suture n'a porté que sur le vagin, il est rare que l'on observe cette migration des liens, et par conséquent l'on est alors peu exposé à en subir les conséquences.

Un accident malheureusement assez fréquent c'est la persistance, après l'enlèvement des fils, de pertuis formés pendant la cicatrisation, et qui offrent quelquefois une ténacité telle qu'ils semblent se jouer de tous les efforts du chirurgien. Quelquefois ces trajets se manifestent dans des endroits où l'on n'en avait pas observé avant l'opération (Obs. XVIII), ce qui semble confirmer l'opinion que j'ai exprimée (p. 303), qu'ils sont le résultat d'une disposition particulière de la femme qui détermine la formation de petits abcès dans le voisinage ou à l'endroit de la suture. M. Verneuil (1) s'est beaucoup occupé des causes de cette malheureuse tendance, et, après avoir passé en revue différentes hypothèses, il a avoué avec sa bonne

---

(1) *Archives de médecine,* 1862, t. XIX, p. 59.

foi ordinaire qu'il ne pouvait s'en rendre raison. Je pense que, si ce praticien distingué veut bien examiner cette question au point de vue que je viens d'indiquer, il arrivera à des conclusions semblables aux miennes. — Le traitement de ces fistulettes, si mon opinion sur leur étiologie est vraie, ne doit pas être le même que celui des fistules ordinaires. En effet, si, pour les guérir, on avait recours à une seconde opération sanglante, celle-ci, mettant de nouveau en jeu la fâcheuse prédisposition du sujet à la suppuration, pourrait aboutir non-seulement à un insuccès analogue au premier, mais encore à la formation d'autres pertuis. C'est dans la cautérisation, la galvanocaustie, l'attouchement des orifices avec la teinture d'iode ou celle de cantharides, qu'il faut avoir le plus de confiance pour le traitement de ces ouvertures consécutives. Du reste, il faut savoir en attendre l'occlusion avec patience, et se rappeler qu'à l'aide de soins bien entendus, la nature parvient souvent à en effectuer l'oblitération complète.

Les environs de la vulve qui avaient été attaqués par la présence de l'urine prennent bientôt un aspect plus satisfaisant quand la cause de leurs lésions a été enlevée par l'opération : dès les premiers jours qui suivent celle-ci, les femmes en ressentent déjà un grand bien-être (Obs. IX). Il faut cependant bien surveiller la propreté de ces parties, car lorsque les opérées sont de leur nature peu disposées à se plaindre, on peut être pris au dépourvu par de petits accidents qui se développent quelquefois insidieusement dans ces régions. C'est ainsi que j'ai trouvé une fois des phlyctènes à la région fessière (Obs. VI), une autre fois une eschare au sacrum (Obs. XI (1re opération)), sans qu'antérieurement rien ait pu me faire supposer que de telles lésions étaient en train de s'y former. J'ai observé un jour de violentes douleurs et un écoulement purulent qui avaient été déterminés par une fissure à la fourchette, qu'il

suffit de cautériser une seule fois pour mettre fin à ces fâcheux symptômes (Obs. III).

On conçoit qu'une femme qui a été soumise à la suture d'une fistule puisse, comme les autres opérés, subir l'influence de différentes maladies intercurrentes; mais il serait puéril de rattacher ces maladies à la diérèse chirurgicale. Sauf les cas d'érysipèle et de péritonite que j'ai déjà cités, je n'ai eu l'occasion d'observer chez mes patientes que deux complications pathologiques constituées, l'une par un rhumatisme articulaire (Obs. XII (2e et 3e opérations)), et l'autre par un hystéricisme simple (Obs. IV) ou accompagné de nymphomanie (Obs. XVIII). Ces affections ont eu pour inconvénient, la première, d'obliger la malade à garder une position immobile et forcée, d'empêcher les soins de propreté indispensables, et de provoquer une selle anticipée qui a fait manquer la réunion; la seconde, de jeter les femmes dans une agitation désordonnée peu en rapport avec les exigences de la cicatrisation, et d'empêcher l'application régulière du traitement consécutif.

Quand on examine le vagin d'une femme qui a subi depuis longtemps l'opération de la fistule, on trouve ordinairement la paroi antérieure de l'organe plus ou moins raccourcie et la matrice légèrement déviée en raison de ce raccourcissement. Lorsque la suture a été pratiquée pour une petite ouverture, ces changements sont quelquefois nuls ou inappréciables, la petite cicatrice résultant de l'occlusion ayant pu se modifier au point de permettre aux parties de reprendre à peu près leur forme et leur position primitives. Quand, au contraire, on a eu affaire à de grands orifices, la distance entre le col de la vessie et celui de l'utérus peut être tellement réduite qu'elle ne mesure plus que quelques centimètres. La cicatrice elle-même siége à un endroit du vagin qui est ordinairement plus lisse, plus pâle que les régions voisines; les éminences

crêtées de l'organe en ont presque toujours disparu, et souvent les plis s'y prononcent moins que dans les environs. Quelquefois on y observe encore des indices, sous la forme de points ou de lignes blanchâtres, du passage des aiguilles et des fils, et des sections que ces derniers ont pu opérer dans les tissus. La ligne de réunion, dans les cas où les bords de la fistule ont été irréguliers ou lorsque l'adaptation s'est faite difficilement, peut encore présenter des irrégularités, de petites fronçures ou bosselures superficielles. Mais lorsque le traitement n'a été entravé par aucune complication extraordinaire, on observe presque toujours un effacement si parfait de toutes les traces de l'opération, qu'il est difficile de dire au juste où elle a été pratiquée.

Comme je l'ai dit à propos du pronostic (p. 361), il est fort rare qu'une cicatrice qui a procuré l'oblitération d'une fistule soit entamée ou détruite à la suite de rétractions inodulaires des parties voisines, de vaginites, de menstruations, d'avortements ou d'accouchements consécutifs. On cite bien quelques cas de reproduction de l'orifice à la suite de l'action de l'une ou de l'autre de ces causes (1); mais, en regard de ces cas malheureux, on doit placer une foule de guérisons solides obtenues par un grand nombre d'opérateurs, et maintenues définitivement malgré l'influence de nouveaux états physiologiques ou pathologiques survenus dans les organes génitaux. Pour ma part, je n'ai jamais observé de récidives après une oblitération positivement constatée par une observation poursuivie jusqu'à l'établissement d'une cicatrice solide et exempte de

---

(1) Verneuil, *Archives générales de médecine*, 1862, t. XIX, p. 60. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1861, t. II, pp. 435 et suivantes.

tout bourgeonnement et de toute érosion. Je crois donc que sous ce rapport, certains auteurs, et surtout Kilian (1), ont attaché une importance beaucoup trop grande à ce qu'ils ont appelé des *réussites apparentes,* et que c'est à tort qu'ils ont affirmé que beaucoup d'observateurs, même des plus consciencieux, ont pu croire leurs opérées guéries d'une manière définitive alors qu'en réalité elles ne l'étaient que temporairement.

La guérison complète et radicale est, comme je l'ai dit, la règle ordinaire après l'application de la suture par la méthode américaine. Cette méthode est cependant loin d'être la seule qui mène à un tel succès, et l'expérience des derniers temps a prouvé que d'autres manœuvres opératoires sont aussi susceptibles d'atteindre le même but. Il serait assez utile de connaître au juste la proportion de chances bonnes ou mauvaises que présentent les différentes espèces de traitements chirurgicaux, et celle des guérisons et des insuccès qui ont été le résultat de leur emploi. Malheureusement la statistique, que l'on est naturellement disposé à invoquer pour résoudre ces questions, présente, ici comme presque toujours en médecine, des imperfections qui résultent surtout de la difficulté d'obtenir des unités parfaitement similaires pour les comparer entre elles; en outre, il faut tenir compte des appréciations erronées qui peuvent résulter d'observations incomplètes ou insuffisamment détaillées, de déductions inexactes, d'illusions involontaires, et, il faut le dire, de certaines dispositions d'esprit de quelques praticiens qui les portent à ne pas toujours voir les choses comme elles sont réellement, mais comme ils voudraient qu'elles fussent pour

---

(1) Kilian, *Chirurgische Operationen des Geburtshelfers*. Bonn, 1856, p. 304.

sanctionner certaines idées préconçues. Ce ne sont donc que des résultats approximatifs que l'on peut attendre de ce genre de recherches.

Les matériaux de statistique relatifs à l'opération de la fistule ne manquent plus aujourd'hui depuis les travaux de Jobert et ceux qui ont surgi à partir de son époque. La difficulté est de les choisir et de les grouper d'après leurs analogies et leur valeur réelle. Je n'ai point à ma disposition tous les éléments nécessaires pour pouvoir les juger avec toute la rigueur qu'il convient d'apporter dans l'examen de ces espèces de bilans scientifiques. Je ne puis donc que reproduire ici ceux qui me paraissent le plus dignes d'attention, en les donnant tels que je les ai trouvés dans les écrits qui les mentionnent, et sans les accompagner d'aucun commentaire.

Statistique de Jobert (1).

Sur cent quarante-sept fistules observées depuis 1835 jusqu'à 1860, il y a eu :

82 guérisons;
27 améliorations;
2 insuccès;
26 morts;
10 malades n'ont pas été opérées.

Parmi ces fistules, il y avait :

82 fistules vésico-vaginales;
16 » vésico-utéro-vaginales superficielles (vésicales cervico-utéro-vaginales superficielles);
32 » vésico-utéro-vaginales profondes (vésicales cervico-utéro-vaginales profondes);

(1) Jobert, *De la réunion en chirurgie*. Paris, 1864, pp. 216 et suivantes.

13 fistules vésico-utérines (vésicales cervico-utérines);
3 » vésico-vaginales compliquées de fistules recto-vaginales (1).

Pour les fistules vésico-vaginales, Jobert a pratiqué :

5 fois l'élytroplastie;
77 » l'autoplastie par glissement.

Chez les cinq opérées par l'élytroplastie, il y a eu :

2 guérisons;
2 échecs;
1 mort.

Chez les soixante-dix-sept femmes opérées par l'autoplastie par glissement :

37 guérisons;
15 améliorations;
17 morts;
5 n'ont pas été opérées.

Pour les seize fistules vésicales cervico-utéro-vaginales superficielles, Jobert a compté :

9 guérisons;
3 guérisons incomplètes;
2 morts;
2 cas non opérés.

Pour les trente-deux fistules vésicales cervico-utéro-vaginales profondes :

20 guérisons;
4 guérisons incomplètes;

---

(1) Ces tableaux offrent plusieurs irrégularités, notamment dans certaines additions, dont le total ne représente pas toujours le nombre de cas annoncés. Ces irrégularités se trouvent dans les auteurs auxquels j'ai emprunté ces éléments de statistique, de sorte que je n'ai pu y remédier.

5 morts;
3 cas non opérés.

Pour les treize fistules vésicales cervico-utérines :

11 guérisons;
1 guérison incomplète;
1 mort.

Pour les trois fistules vésico-vaginales compliquées de fistule recto-vaginale :

2 guérisons;
1 guérison de la fistule vésico-vaginale avec permanence de la fistule recto-vaginale.

M. Monteros a fait une autre statistique (1) concernant cinquante-six malades opérées d'après la méthode de Jobert (autoplastie par glissement), soit par ce chirurgien lui-même, soit par d'autres opérateurs. Parmi ces opérations :

50	avaient été	pratiquées par	Jobert;
3	»	»	M. Herrgott;
1	»	»	M. Barbosa;
1	»	»	M. Lenoir;
1	»	»	Malgaigne.

Les cinquante-six malades présentaient :

55 une seule fistule;
1 deux fistules.

Parmi ces fistules :

27 étaient vésico-vaginales;
4 » vésicales cervico-utéro-vaginales superficielles;

---

(1) Monteros, *Thèse*, *etc.* 1864, pp. 127 et suivantes.

8 étaient vésicales cervico-utéro-vaginales profondes;
6 » » cervico-utérines;
1 était recto-vaginale;
8 formaient des cloaques uro-génitaux.

Ces fistules réclamèrent :

37 une seule opération;
7 deux opérations;
4 trois »
3 quatre »
1 cinq »

Ces opérations eurent pour résultats (1) :

26 guérisons;
23 améliorations;
27 insuccès;
5 morts.

Pour obtenir les vingt-six guérisons, il fallut :

Pour 21 une seule opération;
» 3 deux opérations;
» 2 trois »

Dans les vingt-trois cas de simple amélioration, on obtint une guérison consécutive :

Pour 4 pertuis, par la cautérisation;
» 1 » la guérison fut spontanée.

En faisant la part de ces résultats généraux pour chaque espèce de fistules, on obtient :

---

(1) Les résultats, dans ces statistiques, doivent être rattachés à chaque opération en particulier, et non à la terminaison définitive du traitement.

Pour les vingt-sept fistules vésico-vaginales :

10 guéries après la première opération;
2 » » deuxième »
2 » » troisième »
3 » par la cautérisation ;
1 » spontanément.

Avant d'arriver à ce résultat, il y eut :

8 améliorations;
3 insuccès.

Pour les quatre fistules vésicales cervico-utérines superficielles, une seule opération pour chacune d'elles; les résultats furent :

2 guérisons;
2 améliorations.

Pour les huit fistules vésicales cervico-utéro-vaginales profondes :

5 guéries après une opération :
1 » » deux »
1 amélioration;
2 morts.

Pour les six fistules vésicales cervico-utérines :

2 guéries après une opération;
4 améliorations;
1 insuccès.

Pour la fistule recto-vaginale :

1 guérie après une opération.

Pour les huit cloaques uro-génitaux :

3 jugés incurables;
1 mort avant l'opération.

Les quatre autres malades furent soumises à onze opérations, dont le résultat fut :

1 guérie après la troisième opération;
5 améliorations;
4 insuccès;
1 mort à la première opération.

Statistique de M. Sims (1).

Ce praticien, dans une lettre écrite en 1864 à M. Monteros, dit qu'il a obtenu par son procédé opératoire deux cent soixante guérisons; qu'il a rencontré quarante autres cas susceptibles aussi d'être guéris, et une douzaine à peu près de fistules incurables. Pendant les quatre dernières années de son expérience personnelle, en Amérique, il n'a jamais eu, dit-il, à regretter une terminaison fatale.

Malheureusement les observations de M. Sims n'ont été publiées dans aucun ouvrage ni dans aucun recueil périodique.

M. Monteros a fait une statistique (2) relative à vingt cas seulement de fistules opérées d'après le procédé de M. Sims. Les opérateurs étaient :

Pour	9	fistules	M. Baker-Brown;
»	1	»	M. Pize de Montelimart;
»	5	»	l'Auteur;
»	1	»	M. Sims;
»	2	»	M. Nélaton;
»	1	»	M. James;
»	1	»	M. Foucher.

Dans ces vingt cas, il y en avait :

15 présentant une seule fistule;
5 » deux fistules.

(1) Monteros, ouvrage cité, p. 215.
(2) Id., p. 138.

Parmi ces fistules :

21 étaient vésico-vaginales ;
1 était uréthro-vaginale ;
1 » vésicale cervico-utérine ;
1 » recto-vaginale ;
1 constituait un cloaque uro-génital.

Nombre d'opérations réclamées par ces fistules :

16 une seule opération ;
1 deux opérations ;
2 trois »
2 quatre »
1 cinq »

Résultat de ces opérations :

18 guérisons ;
12 améliorations ;
6 insuccès ;
2 morts.

Nombre d'opérations réclamées par les dix-huit guérisons :

Pour 15 une seule opération ;
» 1 trois opérations ;
» 1 quatre »
» 1 cinq »

Répartition de ces résultats pour chaque espèce de fistule :

Vingt et une fistules vésico-vaginales :

12 guérisons après une opération ;
1 guérison à la troisième »
1 » quatrième »
1 » cinquième »
5 améliorations ;
3 insuccès ;
1 mort.

Une fistule uréthro-vaginale :

3 opérations suivies d'insuccès.

Une fistule vésicale cervico-utérine :

2 opérations suivies de succès.

Une fistule recto-vaginale :

1 opération (oblitération de la vulve) suivie de succès.

Deux cloaques :

1 mort après quatre opérations ;
1 insuccès après quatre opérations.

Statistique de M. Bozeman.

M. D'Andrade a fait cette statistique (1), qui concerne soixante-huit malades, traitées par les opérateurs suivants :

29	par	M. Bozeman ;
1	»	M. Pollock ;
22	»	M. Baker-Brown ;
4	»	M. Brickell ;
1	»	M. Wallace ;
1	»	M. Schuppert ;
1	»	M. Follin ;
2	»	M. Verneuil ;
7	»	M. Eben Watson.

Les soixante-huit malades présentaient :

58 une seule fistule ;
5 deux fistules ;
5 trois »

(1) D'Andrade, *Thèse,* 1860, pp. 57 et suivantes.

Parmi ces fistules :

28 étaient vésicales cervico-utéro-vaginales;
24 » vésico-vaginales;
20 » uréthro-vaginales ou uréthro-vésico-vaginales.

Nombre d'opérations réclamées par ces fistules :

45 une seule opération ;
16 deux opérations ;
4 trois »
1 cinq »
1 six »
1 dix »

Résultats :

63 guérisons ;
23 améliorations ;
22 insuccès ;
2 morts.

Sur les soixante-trois guérisons, quarante-quatre furent obtenues après la première opération.

Répartition :

Vingt-huit fistules vésicales cervico-utéro-vaginales :

24 guérisons, dont dix-neuf après une seule opération ;
1 amélioration ;
2 insuccès ;
1 mort.

Vingt-quatre fistules vésico-vaginales :

16 guérisons, dont dix après une seule opération ;
11 améliorations ;
17 insuccès ;
1 mort.

Vingt fistules uréthro-vaginales ou uréthro-vésico-vaginales :

14 guérisons, dont onze après une seule opération ;
6 améliorations ;
1 insuccès.

Statistique de M. G. Simon.

Je crois convenable de ne faire entrer dans cette statistique que les cas publiés par M. G. Simon dans ses ouvrages de 1862 et 1868 (1). Ceux qu'il a décrits dans son mémoire de 1854 (2) se rapportent à des opérations qui ont encore une certaine analogie avec celles de Jobert, et ne peuvent pas donner une idée exacte des résultats de la méthode proprement dite du chirurgien allemand.

Les dix-neuf malades dont les observations se trouvent dans l'ouvrage de 1862 présentaient :

15 une seule fistule;
4 deux fistules.

Parmi ces fistules :

12 étaient vésico-vaginales ;
2 » vésicales cervico-utérines superficielles ;
2 » uréthro-vaginales ;
1 était recto-vaginale ;
6 formaient des cloaques uro-génitaux.

Nombre d'opérations réclamées par ces fistules :

11 une seule opération ;
4 deux opérations ;
2 trois »
1 quatre »
1 six »
1 sept »

---

(1) *Ueber die Opération der Blasenscheidenfisteln durch die blutige Naht.* Rostock, 1862, — et *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses während der Jahre* 1861-1865. Prag, 1868.

(2) *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln.* Giessen, 1854.

Résultats :

16 guérisons;
15 améliorations;
11 insuccès.

Nombre d'opérations réclamées pour les seize guérisons :

Pour 9 une seule opération;
» 4 deux opérations;
» 1 quatre »
» 1 six »
» 1 sept »

Dans les quinze cas de simple amélioration, on obtint une guérison consécutive :

Pour 4 pertuis, par la cautérisation;
» 2 la guérison fut spontanée.

Répartition :
Douze fistules vésico-vaginales :

7 guérisons après une seule opération;
1 » sept opérations;
1 » deux »
2 par la cautérisation;
1 spontanément.

Avant d'arriver à ce résultat, il y eut :

4 améliorations;
6 insuccès.

Deux fistules vésicales cervico-utérines superficielles : trois opérations qui furent suivies de :

2 améliorations;
1 guérison à la seconde opération;
1 » par la cautérisation.

Deux fistules uréthro-vaginales :

2 guérisons après une seule opération.

Une fistule recto-vaginale :

1 amélioration ;
1 guérison par la cautérisation.

Six cloaques uro-génitaux : dix-huit opérations qui eurent pour résultats :

5 guérisons ;
7 améliorations ;
6 insuccès ;
1 pertuis guéri par la cautérisation.

Le résultat final fut :

4 guérisons complètes ;
2 améliorations.

L'ouvrage de 1868 rapporte quarante-deux observations de malades, dont sept avaient déjà été insérées dans la publication de 1862. Ces malades présentaient :

33 une seule fistule ;
2 trois fistules ;
7 deux fistules.

Nombre d'opérations réclamées par ces cinquante-trois fistules :

28 une seule opération (parmi ces opérations sept oblitérations du vagin) ;
10 existant chez quatre femmes, quatre opérations.

Les autres réclamèrent un plus grand nombre d'opérations, quelquefois cinq et sept.

Résultats :

45 guérisons, 4 guérisons avec rétention incomplète de l'urine,	sur cinquante-trois fistules existant chez trente-neuf patientes;

2 morts ;
1 abandonnée comme incurable.

Statistique de M. Schuppert.

Elle comprend dix-sept cas (1), parmi lesquels il y en avait :

15 avec une seule fistule;
2 » deux fistules.

Parmi ces dix-neuf fistules :

11 étaient vésico-vaginales ;
1 était vésicale cervico-vaginale;
5 étaient uréthro-vésico-vaginales;
1 était recto-vaginale;
1 formait cloaque.

Nombre d'opérations réclamées :

16 une seule opération (dont deux par oblitération du vagin et élytro-épisiorrhaphie);
1 trois opérations ;
2 deux opérations.

Résultats :

17 guérisons;
2 morts.

---

(1) Schuppert, *A treatise on vesico-vaginal fistula*. New-Orleans, 1866.

Répartition :
Onze fistules vésico-vaginales :

10 guérisons après une seule opération ;
1 mort.

Une fistule vésicale cervico-vaginale :

1 guérison après trois opérations.

Cinq fistules uréthro-vésico-vaginales :

2 guérisons après une opération (pour l'une, une oblitération du vagin) ;
1 guérison après deux opérations ;
1 mort.

Une fistule recto-vaginale :

1 guérison après une opération.

Un cloaque :

1 guérison après une élytro-épisiorrhaphie.

Statistique de l'Auteur.

Elle comprend vingt-quatre cas, parmi lesquels les malades présentèrent :

21 une seule fistule ;
3 deux fistules (Obs. III, V, XIV).

Parmi ces vingt-sept fistules :

2 étaient vésicales cervico-utérines (Obs. XVI, XXIII) ;
2 » » cervico-utéro-vaginales profondes (Obs. XI, XX) ;
4 » » cervico-utéro-vaginales superficielles (Obs. I, III, XIV, XXII) ;

15 étaient vésico-vaginales (Obs. II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XIII, XIV, XV, XVII, XXI ;
2 » vésicales cervico-vaginales (Obs. XII, XVIII) ;
1 était uréthro-vaginale (Obs. V) ;
3 formaient des cloaques (Obs. V, XIX, XXIV).

Nombre d'opérations réclamées par ces vingt-sept fistules (46) :

12 une seule opération (Obs. I, IV, VI, VIII, IX, X, XIII, XVI, XVII, XX, XXII, XXIII) ;
4 deux opérations (Obs. VII, XI, XV, XXI) ;
1 trois opérations (Obs. XII) ;
1 quatre » (Obs. V) ;
2 cinq » (Obs. XI, XIX, (plus, chez cette dernière, la formation d'un nouvel urèthre)) ;
1 huit » (Obs. XVIII, (plus un nouvel urèthre)) ;
2 fistules doubles ne réclamèrent qu'une seule opération pour les deux (Obs. III, XIV) ;
1 fistule accessoire fut soumise à quatre opérations (Obs. V) ;
1 ne fut pas opérée (Obs. XXIV).

Résultats (1) :

15 guérisons (Obs. I, II, III, IV, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, XXII) ;
5 » incomplètes (Obs. VII, XV, XVIII, XIX, XX) ;
1 insuccès (Obs. XXI) ;
2 morts (Obs. V, XXIII) ;
1 femme est morte avant d'avoir été soumise à l'opération (Obs. XXIV).

Nombre d'opérations exigées pour les quinze guérisons :

12 une seule opération (Obs. I, III, IV, VI, VIII, IX, X, XIII, XIV, XVI, XVII, XXII) ;
1 deux opérations (Obs. XI) ;
1 trois » (Obs. XII) ;
1 cinq » (Obs. II).

---

(1) Ces résultats s'appliquent, dans ma statistique, à la terminaison du traitement.

Parmi les guérisons incomplètes, deux femmes purent retenir leurs urines au moyen d'un appareil (formation d'un nouvel urèthre (Obs. XVIII et XIX); deux refusèrent de se soumettre à l'achèvement du traitement (Obs. VII et XX); une, malgré sa promesse, ne revint pas à l'hôpital (Obs. XV).

La femme pour laquelle je compte un insuccès ne voulut plus subir de nouvelles opérations, quoiqu'elles fussent indiquées (Obs. XXI).

Répartition :

Deux fistules vésicales cervico-utérines :

1 guérison après la première opération (Obs. XVI);
1 mort après une opération (Obs. XXIII).

Deux fistules vésicales cervico-utéro-vaginales profondes :

1 guérison après deux opérations (Obs. XI);
1 succès incomplet après une opération (Obs. XX).

Quatre fistules vésicales cervico-utéro-vaginales superficielles :

2 guérisons de deux fistules après une seule opération (Obs. III, XIV) (les deux fistules accessoires étaient vésico-vaginales);
2 » d'une seule fistule après une opération (Obs. I, XXII).

Treize fistules vésico-vaginales :

9 guérisons après une seule opération (Obs. III, IV, VI, VIII, IX, X, XIII, XIV, XVII);
1 » » cinq opérations (Obs. II);
2 succès incomplets après deux opérations (Obs. VII, XV);
1 insuccès après deux opérations (complication de fistule urétérale) (Obs. XXI).

Deux fistules vésicales cervico-vaginales :

1 guérison après trois opérations (Obs. XII);
1 succès incomplet après huit opérations (nouvel urèthre) (Obs. XVIII).

Une fistule uréthro-vaginale :

1 insuccès après quatre opérations (Obs. V).

Trois cloaques :

1 guérison incomplète après cinq opérations (nouvel urèthre) (Obs. XIX);
1 mort après quatre opérations (Obs. V);
1 » avant l'opération (Obs. XXIV).

Traitement par oblitération indirecte.

Cette méthode consiste, non plus à empêcher l'écoulement de l'urine par le vagin en agissant sur l'orifice même qui l'y conduit, mais bien à établir sur des parties plus ou moins éloignées un barrage qui force le liquide à repasser par la vessie et le canal de l'urèthre.

Elle a pris naissance dans des préoccupations mal fondées, consistant à croire qu'une des causes principales qui faisaient échouer le traitement des fistules résidait dans le défaut de dilatabilité de la vessie. Selon Vidal de Cassis (p. 72), cette inaptitude à l'extension, se manifestant après l'opération de la suture et mettant obstacle à l'accumulation des urines, déterminait un tiraillement énergique sur les lèvres fraîchement réunies de la plaie et finissait par en détruire la cicatrice naissante. C'est pour obvier à ce fâcheux résultat qu'il avait imaginé d'oblitérer verticalement l'orifice antérieur du vagin, et d'agrandir ainsi la capacité de la vessie de toute l'étendue de la cavité de ce canal. En partant de ces idées évidemment fautives, Vidal n'en établit pas moins une nouvelle et précieuse thérapeutique, qui, sans être d'aucune utilité pour remplir l'indication qu'il regardait comme essentielle et pour laquelle il l'avait inventée, se métamorphosa bientôt entre

les mains de ses successeurs de manière à acquérir une grande et légitime importance. M. Simon surtout a fait fructifier les vues de Vidal en modifiant tellement l'opération de ce dernier (*l'épisiosténosis*) (p. 201), qu'il l'a convertie pour ainsi dire en une manœuvre chirurgicale nouvelle (1).

En général, il faut le dire, après avoir porté un jugement peut-être trop sévère sur l'opération de Vidal, demeurée inefficace entre ses mains et celles de Sanson (2), Velpeau, Lenoir, Bérard (3), Dieffenbach, Wutzer, Roser, Simon et d'autres (4), et après l'avoir abandonnée d'une manière trop absolue, on finit, à la suite de succès ultérieurs, par lui donner de nouveau une extension beaucoup trop grande. En effet, on crut trop souvent devoir la recommander dans des cas où les moyens ordinaires pouvaient fort bien surmonter les difficultés observées. M. G. Simon, par exemple, qui, sur quarante-deux fistules, a cru reconnaître onze fois l'indication de la méthode

---

(1) Une discussion de priorité s'est établie en 1867-1868, relativement à l'occlusion vaginale, entre M. Bozeman et M. Simon. Le premier de ces chirurgiens rapporte, dans le *New-York medical Record* (t. II, p. 433, 2 décembre 1867), un cas où il a pratiqué l'oblitération transversale du vagin au moyen de fils métalliques passés à travers une plaque trouée, et il rappelle qu'ayant, dès 1860, publié ses idées sur ce sujet dans le *New-York Medical and Surgical Journal* (nº de janvier), il a ainsi devancé M. Simon de deux ans. Il a été bien facile à M. Simon de réfuter cette prétention dans la *Deutsche Klinik* (1868, pp. 405 et 417), en rappelant un travail publié par lui en 1856 (*Deutsche Klinik, Die quere Obliteration der Scheide*, 1856, nº 35).

(2) *Gazette des Hôpitaux,* 1863, p. 298.

(3) *Encyclographie des Sciences médicales.* Bruxelles, 1846, t. XXXI, p. 231.

(4) Schuppert, ouvrage cité, p. 31.

indirecte, me paraît avoir beaucoup exagéré l'opportunité et la nécessité de l'application de cette espèce de traitement; il l'avoue, du reste, lui-même (1). Dans ma pratique, je n'ai eu que trois fois l'occasion de constater l'urgence de son usage (Obs. XX, XXIII, XXIV), et dans tous les autres cas que j'ai opérés, j'ai toujours pu, malgré les complications qui les accompagnaient, parvenir à instituer avec avantage un traitement par occlusion directe. Cela se conçoit quand on considère la facilité avec laquelle les fistules les plus étendues peuvent parfois se prêter à l'oblitération lorsque celle-ci est exécutée au moyen de toutes les ressources que possède la chirurgie : direction variée des réunions, opérations en plusieurs temps et en plusieurs séances, etc. Les cas les plus désespérés et les plus rebelles en apparence sont susceptibles, par un travail persévérant de la part du chirurgien et à la faveur de l'élasticité des tissus, de se modifier insensiblement au point de se présenter à la fin sous la forme d'affections rentrant dans les conditions à peu près ordinaires : c'est souvent une simple question de temps et de patience.

La méthode par occlusion indirecte est un moyen chirurgical assez perturbateur pour qu'on ne doive se déterminer à l'employer que lorsqu'il est bien avéré que toutes les autres ressources n'ont évidemment aucune chance de réussir. Mais quand l'indication d'y recourir se présente, ce ne sont pas les inconvénients attachés à cette opération qui doivent faire reculer le chirurgien : c'est le cas de dire que de deux maux il doit choisir le moindre, et savoir, puisqu'il le faut, sacrifier une fonction pour faciliter l'exercice des autres et rendre la vie supportable.

Il est important, pour ne point se conduire à la légère,

---

(1) G. Simon, *Mittheilungen, etc.,* 1868, p. 230.

de bien se rendre compte des complications qui doivent positivement forcer à recourir à la méthode indirecte. Elles ont été très-judicieusement indiquées par M. G. Simon dans son dernier ouvrage (1).

L'étendue des fistules est loin, pour les raisons que je viens d'exposer, d'être toujours une complication qui légitime l'emploi de cette méthode. L'usage n'en deviendrait indispensable que si les dimensions extraordinaires de l'ouverture étaient accompagnées de brides, d'adhérences, de cicatrices rigides apportant un obstacle au rapprochement des bords qui serait insurmontable sans le secours de décollements et de dissections très-larges et très-dangereuses. Toutes les fois que la circonférence de l'orifice anormal jouit encore d'un peu de jeu sur les parties voisines et qu'elle n'est pas totalement convertie en un tissu cicatriciel informe et impossible à régulariser, il ne faut pas désespérer de l'occlusion directe ni songer à recourir aux moyens extrêmes qui sont destinés à la remplacer. On peut se convaincre de cette vérité en examinant les résultats des tentatives décrites dans les observations V, VII, XIX.

La situation et les connexions de la fistule peuvent quelquefois en rendre l'oblitération impossible ou dangereuse et nécessiter la méthode indirecte. Ainsi, si l'orifice se trouve en haut de la paroi antérieure du col utérin ou sur une partie latérale du cul-de-sac vaginal, il peut y avoir là un obstacle physique à l'exécution de l'avivement et de l'adaptation des bords, et surtout un grand danger de blesser le péritoine en les pratiquant. De même, quand l'ouverture est placée à la partie inférieure de la cloison vésico-vaginale et qu'elle y a entamé le col de la vessie en contractant de larges et intimes adhérences avec la face postérieure de

---

(1) *Mittheilungen, etc.*, p. 229.

l'arcade du pubis, il est possible que la dissection des bords attachés aux os expose à de fortes hémorrhagies, et ne procure cependant point des tissus d'une vitalité, d'une épaisseur et d'une élasticité suffisantes pour servir avantageusement à la réunion. Lorsque la perte de substance, résultat d'une gangrène et d'un travail vicieux d'adhésion, occupe le col et les parties voisines de la poche urinaire, quand, en même temps, elle est séparée d'un tronçon de canal de l'urèthre qui reste encore par une longue portion oblitérée de ce canal, lorsqu'enfin le pourtour postérieur de l'orifice, retenu par des adhérences ou autrement, ne prête point à un mouvement de locomotion vers le bas, l'occlusion immédiate est matériellement inexécutable, et il faut encore recourir à la méthode indirecte.

Il en est de même dans les cas où la fistule est rendue inaccessible par une disposition exagérée en infundibulum qui empêche qu'aucune traction, aucune dépression des bords parvienne à la mettre au jour ; ou bien dans les sténoses très-prononcées du vagin qui convertissent la région occupée par l'ouverture en une lacune profonde et inabordable, et présentent des dispositions telles que les incisions qu'il faudrait faire pour les détruire exposeraient à de graves lésions d'organes situés dans le voisinage : dans ces derniers cas, la méthode indirecte est d'autant plus réclamée, que l'endroit où l'oblitération à distance doit être pratiquée semble comme indiqué et préparé d'avance par la complication même qui la légitime.

Enfin, il est encore nécessaire de recourir à cette dernière ressource quand un certain nombre d'échecs, subis après l'usage des moyens ordinaires, ont suffisamment prouvé que de nouvelles tentatives ne serviraient à rien et ne feraient qu'user en pure perte les forces de la patiente. Ainsi, lorsque des fistules uréthro-vaginales ou urétérales cervico-utérines ont une tendance irrésistible à se repro-

duire, quelques précautions préliminaires que l'on prenne et quelques soins que l'on donne à la suture; quand des accidents inquiétants surviennent après chaque opération, comme, par exemple, des symptômes rénaux à la suite de l'oblitération d'une fistule urétérale, des hémorrhagies vésicales incoercibles qui compromettent chaque fois la réunion et même la vie ; lorsque la région de la fistule, après un certain nombre de manœuvres infructueuses, est devenue tellement mince, tellement fibreuse, qu'elle n'offre plus de prise à de nouveaux avivements; dans tous ces cas il est impossible de se soustraire à l'obligation de procéder par voie indirecte à l'oblitération. Il faut encore ajouter que l'on voit quelquefois les femmes qui ont supporté beaucoup de tentatives inutiles, tomber dans un tel état d'épuisement et de découragement, qu'il devient indispensable, pour éviter de plus grands malheurs, d'en finir au plus vite en prenant une résolution énergique; de plus, en dehors des considérations médicales, il peut se présenter des circonstances qui font que le chirurgien n'est pas maître du temps qu'il voudrait et devrait consacrer à une cure ordinaire, et qu'il est obligé de se plier à certaines impatiences et à certaines exigences, fussent-elles déraisonnables, dans l'intérêt même de la malade qui le place dans cette regrettable nécessité.

Les règles qui doivent présider à l'exécution de la méthode par oblitération indirecte, sont : 1° de conserver intacte autant que possible de substance vaginale, et par conséquent de faire l'oblitération aussi haut et dans des proportions aussi petites que le permet le résultat que l'on veut obtenir; 2° de procéder à l'oblitération dans le sens indiqué par la juxtaposition naturelle des parties.

L'utilité de ces règles ne peut être mise en doute. Elles sont la conséquence de ce principe fondamental de médecine opératoire, qu'il ne faut jamais inutilement sacrifier un organe ou une partie d'organe, et de cet autre que,

dans toute synthèse chirurgicale, il faut chercher à supprimer les tiraillements qui tendraient à écarter les lèvres de la plaie. Leur adoption rend les opérations plus faciles, moins étendues et par conséquent moins graves, et, d'autre part, réduit aux limites les plus restreintes la suppression des fonctions que l'on est obligé d'intéresser.

L'opération qui doit s'opposer à l'écoulement des urines en fermant le vagin peut être pratiquée de plusieurs manières et en différents endroits.

Ordinairement l'occlusion indirecte se pratique en établissant un barrage *transversal* et *complet* sur un des points de l'étendue du canal utéro-vulvaire (p. 202). Ces points peuvent être : 1° l'orifice utérin; 2° le cul-de-sac vaginal; 3° le milieu de l'excavation vaginale; 4° son orifice inférieur.

L'oblitération du *col utérin* (*hystérokleisis*), examinée au point de vue de l'exécution, ne présente rien de bien difficile; elle est même beaucoup plus simple que les opérations qui se pratiquent sur certains orifices fistuleux du vagin. En effet, l'avivement qu'elle exige s'exécute aisément, avec toute l'ampleur voulue, sur une substance qui présente une épaisseur beaucoup plus grande et offre plus de prise aux instruments que celle de toute autre partie du conduit vulvo-utérin, et qui possède, comme je l'ai dit, une grande aptitude à la cicatrisation. Tout au plus peut-on rencontrer quelques obstacles lorsque le museau de tanche a été déformé, déchiqueté, effacé par de grandes dilacérations, et quand il est maintenu immobile par des adhérences; encore peut-on souvent venir facilement à bout de ces complications en employant un avivement d'une forme appropriée et en donnant à la ligne suturale une direction convenable. Sous le rapport du plus ou moins de gravité de l'opération, l'expérience a appris, malgré la théorie qui semblerait indiquer le contraire, qu'en elle-même elle n'est pas plus

dangereuse que les diérèses analogues pratiquées sur d'autres points du tube génital. Tous les chirurgiens qui ont dû faire porter leurs manœuvres sur le col utérin ont pu se convaincre de cette vérité, que, du reste, l'innocuité des résections si fréquemment pratiquées autrefois par Lisfranc et par ses imitateurs avait suffisamment mise en évidence. Ce qu'il faut seulement reconnaître, c'est que l'opération donne lieu assez souvent à des hémorrhagies et qu'elle expose quelquefois à la lésion du péritoine. Or, dans les circonstances ordinaires, le premier de ces accidents peut tout au plus gêner l'opérateur sans compromettre le résultat final; et quant au second, il ne peut guère survenir qu'à la suite d'une maladresse, d'un accident fortuit ou d'une disposition anormale impossible à prévoir. On pourrait objecter à ceci un fait de ma propre pratique où l'oblitération du col utérin a été suivie de péritonite (Obs. XXIII); mais ce qui prouve que les lésions produites n'ont pas été la cause de cette maladie, c'est que les suites de l'opération n'avaient rien présenté de particulier, que la santé n'en avait pas été altérée, et que ce n'est qu'après l'enlèvement des fils et la guérison de la fistule que l'inflammation de la séreuse s'est déclarée.

En tant qu'opération devant rétablir le cours de l'urine par les voies normales, l'occlusion cervico-utérine est évidemment efficace quand elle est employée, comme c'est le cas le plus ordinaire, pour une fistule vésicale cervico-utérine ou cervico-utéro-vaginale profonde; mais lorsqu'il s'agit d'une fistule urétérale cervico-utérine, il n'en est plus de même. Dans ce cas, pour obtenir la guérison par l'hystérokleisis, il faudrait établir préalablement une communication entre l'uretère et la vessie aux dépens de la partie la plus élevée de la paroi antérieure du col utérin : or, cette opération préliminaire intéresserait presque indubitablement le péritoine. L'occlusion du col n'est donc pas appli-

cable à ces fistules, et pour les combattre, il faut recourir à l'opération proposée par M. Simon, qui consiste à former d'abord un orifice vésico-vaginal près du col utérin, et à opérer ensuite l'occlusion du vagin au-dessous de ce point (1); à moins que, comme M. Duclout (2), on n'emploie l'oblitération du col de la matrice comme moyen de diagnostic, à l'effet de savoir si la partie inférieure ou vésicale de l'uretère est ou n'est pas restée perméable. On conçoit que, lorsque la perméabilité de cette portion du canal existe encore, l'opération peut réussir, et c'est effectivement ce qui a eu lieu chez la malade de M. Duclout.

L'occlusion vaginale (*kolpokleisis*), appliquée à la *voûte* ou *cul-de-sac vaginal*, s'y trouve encore dans des conditions très-favorables, surtout lorsqu'elle n'a pour but que la fermeture partielle de l'organe. En effet, l'opérateur rencontre dans cette région le col utérin, dont le tissu ferme lui fournit un point d'appui solide, et aux alentours des parois très-mobiles et aussi assez consistantes qu'il peut en rapprocher et y fixer facilement. D'un autre côté, cette partie du vagin représente une espèce de rigole circulaire qui se prête admirablement à la formation du diverticule vésical que l'opération doit y construire. En outre, dans les circonstances où il est indiqué de faire l'occlusion en cet endroit, le vagin a souvent subi des déformations qui facilitent la formation du barrage d'après toutes les règles, c'est-à-dire dans la plus petite étendue possible : c'est ainsi qu'une paroi de l'organe peut avoir été décollée, luxée pour ainsi dire sur le col, ou que des brides, des diaphragmes peuvent avoir cloisonné et converti cette portion du canal en espèces de poches ou arrière-cavités.

---

(1) G. Simon, *Mittheilungen, etc.*, 1868, p. 234.

(2) *Gazette médicale*, 1869, n° 13, p. 169.

Toutes ces dispositions semblent aller au-devant de l'opération qu'il s'agit de faire, et indiquent même le sens où il est possible de l'exécuter avec le plus d'avantage. Il faut cependant pour cela une condition : c'est que les parois situées en dessous de la voûte vaginale ne participent pas aux désordres dont celle-ci est le siége, et qu'elles possèdent encore leur souplesse et leur dilatabilité normales. Comme contraste avec toutes ces circonstances favorables, il y a à noter, à la voûte vaginale comme au col utérin, la proximité du péritoine, dont les déplacements peuvent quelquefois être très-étendus à la suite des désordres qui accompagnent la formation de certaines fistules. Mais on peut assez souvent éviter cet écueil en choisissant pour pratiquer l'opération une région située assez bas, à une certaine distance du col de la matrice.

Le danger de la lésion du péritoine n'est plus à craindre quand on exécute le cloisonnement sur le *corps du vagin*. L'opérateur y rencontre une paroi solide, assez épaisse, mobile, et ne présentant que les uretères comme organes dont la lésion pourrait être dangereuse; or, ces conduits, étant situés dans le tissu conjonctif intermédiaire au vagin et à la vessie, et se confondant même bientôt avec ce dernier viscère, ne peuvent être lésés, sauf le cas de changements anormaux de position, si on a la précaution de ne dépasser, ni par l'avivement ni par la suture, la substance vaginale proprement dite. Le vagin, en cet endroit, est large, fortement plissé, et offre des parois si bien appliquées l'une contre l'autre qu'elles représentent à leur jonction une ligne assez régulièrement transversale : d'où il suit que l'avivement et la juxtaposition des lèvres dans cette direction est une chose très-simple et très-naturelle. Ces rapports anatomiques expliquent comment Vidal a pu voir les deux surfaces opposées du canal se souder spontanément à la suite d'une plaie qui

y avait été produite par cautérisation (p. 71), et comment Roser (1) en a pu obtenir l'agglutination par le simple enlèvement d'un anneau circulaire de la muqueuse vaginale, sans le faire suivre de l'application de points de suture. Tout, dans cette région, se présente donc de la manière la plus avantageuse pour l'exécution d'une réunion transversale. A la vérité, le champ de l'opération et les lésions qu'elle doit produire y sont assez étendus, vu le développement latéral et l'aplatissement du conduit; mais ce désavantage, qui ne peut avoir d'autres conséquences que de mettre la patience du chirurgien à l'épreuve et d'augmenter un peu la durée de la manœuvre, est amplement compensé par la tendance spontanée qu'ont les parties à se conformer aux désirs de l'opérateur. Il est évident, d'après ce que je viens de dire, que la direction transversale de l'affrontement s'impose ici d'elle-même, et que, si l'on voulait se soustraire à cette indication naturelle, on courrait grand risque d'échouer. Ce n'est que dans le cas de déformations résultant de coarctations ou d'adhérences, que cette direction devrait être modifiée et que l'application d'une réunion verticale pourrait devenir indispensable. J'en dirai autant de l'occlusion dans le sens oblique, qu'une autre raison encore doit, dans les circonstances ordinaires, empêcher d'employer dans cette région : c'est qu'elle manquerait en arrière de point d'appui, à moins que, sous l'influence de désordres excessifs, la longueur du vagin ne fût diminuée dans des proportions considérables.

A l'*orifice vulvaire du conduit vaginal*, toutes les conditions de structure et de connexions changent, et tout semble conspirer pour compromettre la réussite de l'occlusion. Effectivement, le canal de l'urèthre y est retenu

---

(1) *Archiv für physiologische Heilkunde*, 1858, p. 132.

dans une position immobile à une distance déterminée du pubis, et ne peut se porter en arrière à la rencontre de la fourchette, qui est maintenue elle-même d'une manière à peu près fixe par ses relations avec la pointe du sphincter de l'anus. Sur les côtés, l'aponévrose périnéale moyenne, peu résistante chez la femme, mais assez forte cependant pour maintenir à distance les parties situées latéralement sous les deux moitiés du bulbe, s'oppose à sa manière et jusqu'à un certain point au rapprochement transversal de l'entrée du vagin. Ces différentes causes forcent celle-ci à s'entr'ouvrir lorsqu'aucune force antagoniste un peu énergique ne vient contre-balancer cette tendance, ce qui est ordinairement le cas, comme on sait, chez la plupart des femmes qui ont accouché plusieurs fois. Cela est si vrai que si, après avoir simplement écarté les grandes lèvres, l'on regarde le fond du vestibule d'une patiente qui porte une fistule, on voit ordinairement jusqu'à une certaine hauteur les caroncules myrtiformes et les premières portions des colonnes du vagin; ce n'est qu'à partir des connexions du canal avec l'aponévrose pelvienne que l'on commence à observer une véritable juxtaposition antéro-postérieure des surfaces. Il résulte de ces dispositions que l'orifice vaginal figure, non une ligne verticale ou transversale, mais un cône à base antérieure. D'ailleurs, d'autres conditions désavantageuses viennent encore en cet endroit contrarier les vues du chirurgien. C'est ainsi que le muscle bulbo-caverneux ou constricteur, malgré la diminution de son énergie chez les femmes-mères, peut troubler par ses mouvements spasmodiques le repos qui est si nécessaire à la formation de la cicatrice, que l'urèthre présente trop peu d'épaisseur dans sa paroi inféro-postérieure pour donner une prise suffisante au scalpel et aux fils, et qu'en haut, les fibres musculaires du col vésical rendent la région peu propre à

supporter la striction opérée par les points de suture. A la vérité, l'on pourrait bien songer, pour échapper à ce dernier écueil, à faire porter l'occlusion sur un point situé au-dessous du col de la vessie, vers le milieu de l'urèthre par exemple; on a même dit que, si les parois de ce canal étaient trop minces, il ne faudrait pas craindre d'en entamer toute l'épaisseur en pénétrant dans sa cavité. Mais peut-on croire que, dans une opération qui exige un avivement très-étendu, il soit toujours possible de se borner à se servir de l'endroit de l'urèthre que l'on préfère, et, d'un autre côté, que la perforation de ce conduit ne doive exposer à aucun danger? Pour mon compte, j'ai toujours eu tant de désagréments quand j'ai opéré sur les environs du col de la vessie (Obs. XVIII), et j'ai quelquefois vu survenir de si grands désordres quand j'ai été obligé de me servir de la substance de l'urèthre (Obs. XVIII, XIX), qu'il m'est absolument impossible de partager à cet égard les opinions optimistes de certains chirurgiens.

Il ne faut donc pas s'étonner que Vidal et les opérateurs qui l'ont suivi n'aient jamais pu parvenir à obtenir complétement l'oblitération verticale de l'orifice antérieur du vagin, et que M. Simon lui-même ait eu si peu de succès en suivant le procédé du chirurgien français. Je crois que M. Schuppert (1) est le seul qui ait pu réussir à fermer le vagin au moyen de cette opération. La réunion transversale du fond du vestibule est plus rationnelle que celle qui y est exécutée verticalement, par la raison qu'elle s'accommode mieux à la légère tendance que présente déjà l'entrée du vagin à s'aplatir d'avant en arrière comme la partie moyenne du canal. Mais, comme l'opération de Vidal, elle n'échappe pas aux obstacles qui résultent des dispositions

---

(1) SCHUPPERT, ouvrage cité, p. 31.

anatomiques de la région, et elle offre l'inconvénient d'être pratiquée sur des parties qui sont sujettes à être tiraillées, comprimées, dérangées par les mouvements des cuisses, par les changements de position, les efforts de miction et de défécation, les attouchements imprudents, les chocs extérieurs, les cathétérismes mal exécutés, etc.

L'occlusion *oblique* ou *partielle* (p. 206) participe naturellement des conditions dans lesquelles se font les opérations pratiquées sur la voûte vaginale et sur la partie moyenne du canal; elle présente les qualités et les défauts de ces deux espèces de manœuvres chirurgicales, et elle n'est ni plus ni moins facile à exécuter.

Une fois que l'occlusion est faite, soit par l'un, soit par l'autre de ces procédés, les conséquences en sont toujours ou à peu près les mêmes, à quelque hauteur qu'on ait établi le barrage. Ces conséquences sont telles que les changements heureux qui se produisent dépassent toutes les espérances qu'on avait pu concevoir, et démentent toutes les craintes que la théorie avait fait naître. Il n'y a ni pénétration de l'urine dans le péritoine par les trompes de Fallope, ni stagnation de ce liquide dans l'arrière-cavité vaginale, ni rétention des règles dans ce même diverticule, ni influence nuisible des urines sur la matrice, ni incontinence provenant du tiraillement exercé sur l'urèthre dans le cas d'occlusion de l'orifice vaginal : tous accidents que l'on avait annoncés comme devant être les suites inévitables de l'opération (1). Au contraire, la miction redevient volontaire comme à l'état normal, les urines sont expulsées totalement par le nouveau réservoir, il ne survient point de catarrhe dans les muqueuses qui le

---

(1) V. Fabre, ouvrage cité, p. 187; et *Encyclographie des sciences médicales,* 1846, t. XXXI, p. 231.

revêtent, il ne s'y forme ni concrétions ni dépôts urinaires, à moins qu'il n'existe une diathèse lithique; les menstrues, souvent troublées ou même supprimées avant l'opération, reparaissent ordinairement et se régularisent; la santé, si elle avait été altérée, renaît avec le bien-être physique et le contentement moral; et ces transformations, que l'on croirait ne devoir se faire qu'avec une lenteur extrême, apparaissent au contraire fréquemment avec une rapidité étonnante. Tout cela est obtenu au prix d'un grand sacrifice, il est vrai, celui d'une partie des fonctions génitales; mais ce sacrifice, chez une femme dont les organes sexuels se trouvent dans l'état qui accompagne une fistule, se réduit à bien peu de chose; et d'ailleurs, comme il n'y a pas moyen de l'éviter, on ne peut pas plus hésiter à le faire qu'on n'est autorisé à reculer devant une mutilation qui doit sauver la vie d'un malade.

TRAITEMENT CHIRURGICAL COMPLÉMENTAIRE.

Ce traitement ne doit pas trouver sa place dans le cadre ordinaire de la thérapeutique chirurgicale des fistules. En effet, dans presque tous les cas qui se présentent à l'observation, l'avivement et la suture, ou un autre mode d'occlusion directe ou indirecte, suffisent pour procurer une guérison solide et définitive. Ce n'est que pour les fistules dans lesquelles une circonstance insolite empêche inévitablement, quoi qu'on fasse, le rétablissement des fonctions vésicales, que le chirurgien peut se trouver forcé de procéder à d'autres manœuvres chirurgicales ayant pour but d'achever une cure restée incomplète. Il faut ajouter qu'il est aussi des opérations complémentaires qu'on peut nommer *opérations de complaisance,* et qu'on a instituées pour remédier à quelque désagrément résultant des opérations antérieures.

Dans les cas où, après l'oblitération de la fistule, la femme

reste incommodée par une rétention d'urine plus ou moins complète, il est indispensable avant tout de bien se rendre compte de la véritable cause de cet accident. S'il est le résultat d'une disposition intérieure de la vessie, l'art ne peut ordinairement y remédier, mais heureusement il arrive souvent alors que la nature parvient insensiblement à en faire disparaître les effets (Obs. XXII). Quand il est la suite d'un gonflement inflammatoire du col vésical, il cède assez facilement à un traitement antiphlogistique. S'il dépend de quelque bride ou de quelque coarctation située dans l'urèthre, il peut être indiqué d'employer la dilatation ou de pratiquer la division de l'obstacle au moyen de l'instrument tranchant, bien entendu lorsque cette diérèse peut être faite sans exposer au danger de reproduire la fistule.

L'incontinence d'urine que l'on voit quelquefois persister après la guérison disparaît ordinairement en quelques jours, comme je l'ai dit plus haut (p. 563). Mais quand, par exception, elle persiste et menace de devenir permanente, il faut, comme pour la rétention, en rechercher la cause avec soin. Si elle provient de l'usage abusif de sondes trop grosses ou trop longtemps maintenues dans le canal, il peut être bon de chercher à rendre à celui-ci le ton qu'il a perdu, au moyen de quelques applications excitantes ou astringentes faites dans son intérieur avec un pinceau. Si elle est produite par une paralysie locale, il y a lieu de la combattre par la strychnine, l'électricité, le froid, etc. Si elle est la conséquence d'une maladie éloignée, c'est naturellement contre celle-ci que doivent être dirigés les moyens thérapeutiques. Dans les cas où elle est entretenue par un relâchement prononcé de la muqueuse uréthrale, M. Gosselin (1) a employé avec avantage les cautérisations de cette membrane avec le

---

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris,* 1861, t. II, p. 441.

nitrate d'argent; d'autres ont recommandé l'excision d'un pli de la muqueuse.

L'incontinence d'urine qui se manifeste par suite de l'absence du canal de l'urèthre et d'une partie ou de la totalité du col vésical, quelle qu'ait été la cause qui a amené la persistance de cette lésion après l'occlusion de la fistule, est sans contredit l'un des contre-temps les plus fâcheux qui puissent survenir après cette opération. Lorsqu'il se montre, le chirurgien, quoi qu'il ait employé tout son talent et sa ténacité à boucher une grande fistule ou à former une barrière au-devant de l'ouverture, et qu'il ait enfin réussi à atteindre ce but, perd le fruit de ses efforts, les femmes continuant à se trouver dans l'état où les plaçait leur première infirmité. Les anciens chirurgiens avaient généralement considéré cette complication comme incurable. Jobert avait émis à cet égard une opinion difficile à comprendre : il pensait que l'absence du canal de l'urèthre était moins grave que son oblitération (1), et à celle-ci il ne voyait d'autre remède que l'ouverture artificielle du col vésical (2). Une fois cependant, dans un cas où la paroi supérieure de l'urèthre existait encore, il avait tenté de reformer le canal au moyen de deux lambeaux autoplastiques empruntés aux tissus du voisinage, renversés ensuite et réunis sur la ligne médiane (3). M. Maisonneuve, après avoir pratiqué l'épisiosténosis, avait eu recours successivement à la formation d'une ouverture dans la paroi recto-vaginale, puis d'une autre pratiquée à travers le périnée (4).

---

(1) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, p. 685.

(2) Id. p. 686.

(3) Id. p. 459.

(4) Maisonneuve, *Clinique chirurgicale.* Paris, 1864, t. II, pp. 668 et suivantes.

Ce n'est que depuis peu d'années qu'on a songé, pour ces sortes de cas, à se créer une nouvelle voie vers la vessie en perforant les parties situées entre le pubis et l'orifice vaginal. M. Baker-Brown a fait plusieurs tentatives de ce genre. Dans la première, il a oblitéré d'abord la fistule, qui était très-large, puis pratiqué un urèthre artificiel sur le trajet du canal normal; le résultat de cette opération fut que la malade put garder ses urines, mais sans pouvoir vider complétement sa vessie, ce qui l'obligea à se servir de la sonde deux ou trois fois le jour. Dans un autre cas, où le col de la vessie et l'urèthre avaient été complétement détruits, il essaya d'abord d'aviver et de réunir les trois-quarts seulement de l'orifice anormal; mais, cette opération ayant échoué, il revint à la charge, boucha la fistule, puis fit, à côté de la ligne médiane, une ponction pénétrant jusque dans la vessie, et maintint ce nouveau trajet ouvert au moyen d'un cathéter d'argent laissé en place pendant huit jours; le neuvième jour, la malade évacua ses urines naturellement, et elle finit par pouvoir les retenir pendant quatre heures (1). Une autre fois, ayant encore à traiter une fistule vésico-vaginale compliquée d'absence complète de l'urèthre et du col de la vessie et accompagnée d'une autre fistule recto-vaginale, il rétrécit d'abord cette dernière ouverture, fit ensuite une ponction sous le pubis avec un petit trocart, aviva et réunit l'orifice vésico-vaginal, puis laissa une sonde à demeure dans le nouveau canal; deux opérations faites à des intervalles rapprochés procurèrent l'oblitération d'un dernier pertuis et de la fistule recto-vaginale; la guérison fut complète, et lorsque la sonde fut enlevée quelques jours après, l'opérée, dit M. Baker-Brown, put parfaitement retenir ses urines à

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1864, t. I, p. 45.

volonté et continua à jouir de cette faculté (1). Jobert avait également affirmé qu'une de ses opérées (Calmès) pouvait conserver ses urines pendant plusieurs heures, sentait le besoin de les expulser et y satisfaisait en lançant au loin un jet qui ne mouillait ni le vagin ni les grandes lèvres (2).

De si beaux résultats avaient de quoi étonner, car ils étaient de nature à démentir l'opinion des physiologistes qui considèrent l'urèthre et le col vésical comme étant indispensables à la régularité et à la bonne exécution des fonctions urinaires. Pour mon compte, j'avais toujours craint qu'il ne se fût glissé quelque erreur dans les succès annoncés; cependant, comme je crois qu'il faut en toute circonstance faire céder la théorie devant l'autorité des faits, je me disais qu'à la rigueur on pouvait admettre que quelques particularités avaient échappé à l'attention des physiologistes, et que des résultats si positivement affirmés ne devaient pas être absolument dépourvus de réalité. Aussi, deux occasions s'étant présentées à moi (Obs. XVIII et XIX) de faire un nouveau canal de l'urèthre, je ne négligeai rien pour en obtenir tout le bénéfice qu'en avaient retiré Jobert et M. Baker-Brown. Malheureusement, tout en améliorant beaucoup l'état de mes patientes, je ne parvins pas précisément aux brillants résultats de ces deux célèbres chirurgiens. On pourra en juger par les détails que je vais donner sur la manière dont j'ai procédé à ces opérations complémentaires et sur les phénomènes qui les ont suivies.

Je n'ai pas cru qu'il fût prudent de procéder en même temps à la formation du nouveau canal et à l'occlusion de la fistule, car il m'a semblé que la simultanéité des deux opérations pouvait nuire à chacune d'elles prise isolément. J'ai donc cher-

---

(1) *Gazette médicale de Paris,* 1864, p. 240.
(2) Jobert, *Chirurgie plastique,* t. II, p. 468.

ché d'abord à frayer la nouvelle voie et à la rendre définitive; et ce n'est qu'après avoir atteint ce but que j'ai songé à terminer le traitement par l'oblitération de l'orifice fistuleux.

Pour pratiquer le nouvel urèthre, je plaçai la femme dans la position de la taille, et je preserivis à un aide d'écarter les grandes et les petites lèvres et de les porter en même temps en haut pour relever le clitoris. Ayant introduit le doigt indicateur gauche dans le vagin, j'en engageai l'extrémité dans la fistule pour bien déterminer l'endroit où il eonvenait de faire aboueher le nouveau canal dans la vessie. Tout étant ainsi préparé, j'enfonçai la pointe d'un scalpel étroit à deux tranehants dans la partie supérieure de l'intervalle situé entre le elitoris et l'orifice vaginal, et je la dirigeai sous l'areade du pubis, pour la porter ensuite vers le point déterminé par l'indicateur gauche. Avant de retirer le scalpel, j'ineisai les tissus transversalement à droite et à gauche, de manière à donner à l'ouverture la largeur d'un eentimètre. J'avais ehoisi l'emplaeement sous-clitoridien et non point la région sous-pubienne proprement dite, pour éviter autant que possible la lésion des veines qui traversent l'aponévrose périnéale moyenne et me rapprocher de la direction normale de l'urèthre. Malgré ees précautions, une hémorrhagie eut lieu après l'opération; elle fut arrêtée par une applieation de perehlorure de fer. Je maintins dans le canal artificiel une sonde de plomb, métal plus propre qu'aucun autre à favoriser la eieatrisation et le raffermissement des parois du trajet; je pris la préeaution de ne pas donner trop de poids à l'instrument, et à eet effet, je le réduisis à la longueur strictement voulue; en même temps je le fixai et le suspendis aux poils de la vulve.

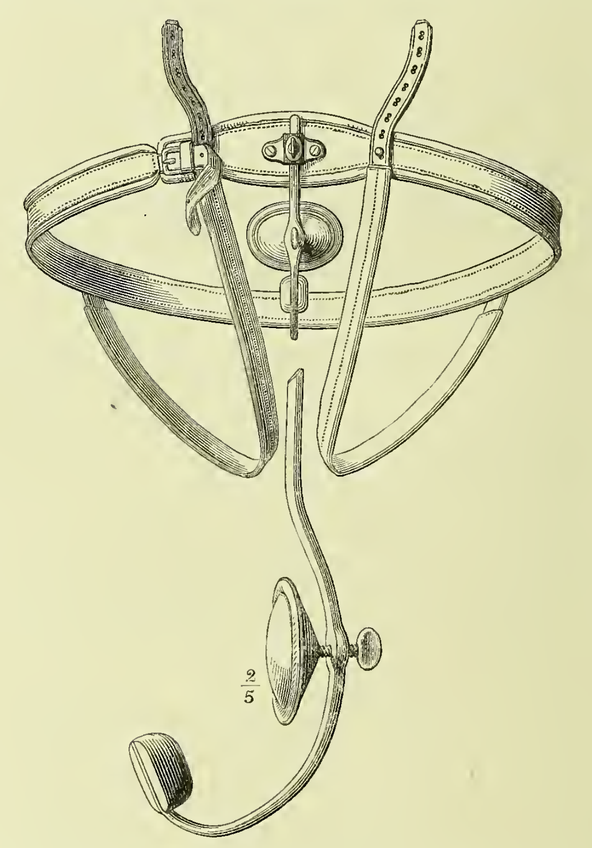
L'établissement du nouvel urèthre ne se fit pas sans quelques difficultés. Outre quelques symptômes vésieaux, peu graves à la vérité, que j'eus à combattre, je dus lutter eontre une tendance du trajet à se rétréeir et à s'oblitérer,

et je fus même une fois contraint de l'agrandir par une nouvelle incision faite avec un ténotome boutonné. Cette tendance diminua lorsqu'après l'oblitération de la fistule, l'urine fut obligée de passer par le nouveau canal; cependant il ne me fut jamais possible de faire admettre facilement à celui-ci de gros cathéters. La miction devint possible, mais pas à beaucoup près avec la perfection et la facilité que semblaient devoir me promettre les succès annoncés par mes devanciers. Les femmes purent évacuer volontairement leurs urines, mais non complétement, et l'acte dut chaque fois être accompagné d'assez grands efforts. Le jet sortit ordinairement avec moins de force qu'il ne le fait à l'état normal, et en bavant un peu vers l'orifice; de plus, l'évacuation du liquide fut presque constamment précédée et suivie d'un peu de suintement, qui chaque fois vint mouiller les parois de la vulve. L'incontinence habituelle disparut, mais point d'une manière absolue : la rétention de l'urine était le plus souvent possible pendant la nuit et dans la position assise, mais l'action de se lever et de marcher était de temps en temps accompagnée de l'écoulement de quelques gouttes de liquide. En un mot, une amélioration notable était survenue dans l'état des malades, mais la guérison ne fut pas radicale, et les changements observés représentèrent assez bien ceux que la théorie pouvait faire prévoir. Les femmes, pour pouvoir vider commodément leur vessie, durent apprendre à se servir elles-mêmes du cathétérisme.

Évidemment, toutes ces imperfections dans les effets de l'opération dépendaient de l'absence de fibres contractiles ou élastiques dans le nouveau canal. Il n'était pas possible d'espérer y remédier par aucun expédient chirurgical; je crus cependant qu'il serait possible de remplacer jusqu'à un certain point l'action tonique des organes constricteurs ordinaires, par l'usage d'un compresseur facile à employer

et du cathétérisme répété autant de fois que la nécessité d'uriner se ferait sentir. En obtenant ce résultat, il me parut qu'on pouvait convertir la situation de la femme en celle d'une personne qui est assujettie à l'emploi d'un brayer ou d'un pessaire, c'est-à-dire à un état fort supportable et compatible avec tous les besoins de la vie.

C'est en partant de ces idées que je fis construire le compresseur représenté ci-dessous. Il est composé d'une



ceinture, armée en avant d'une coulisse carrée, dans laquelle s'engage une tige mobile de la même forme et susceptible d'y être fixée par une vis de pression. Cette tige

est recourbée en bas de manière à former un arc de cercle et à pouvoir s'engager dans la vulve jusque derrière le pubis. Elle est terminée, à son extrémité inférieure, par une olive d'ivoire, légèrement aplatie sur sa face libre, et assez large pour remplir à peu près, en s'y adaptant exactement, la concavité de la partie postérieure de l'arcade du pubis. Cette olive, par l'intermédiaire de la tige qui la supporte, peut être attirée en avant ou repoussée en arrière au moyen d'une vis de rappel fixée à la tige et terminée par une petite plaque matelassée destinée à appuyer contre le pubis. — Par l'application de cet instrument, combinée avec l'emploi d'un cathétérisme rendu bientôt facile par l'habitude, l'urine put être complétement retenue dans la vessie, dans n'importe quelle position, pour être évacuée ensuite selon le désir et les besoins de la femme. On peut apprécier les effets de son usage, et se rendre compte des différentes circonstances qui peuvent accompagner la formation d'un canal urinaire de nouvelle formation, dans les observations XVIII et XIX.

J'ai donc des raisons de croire que l'établissement d'un nouvel urèthre d'après la méthode que je viens de décrire, constitue un moyen de plus à ajouter à ceux qui sont ordinairement employés dans le traitement des fistules, et que cette opération complémentaire peut améliorer notablement le sort de femmes qu'anciennement on se serait trouvé dans la nécessité d'abandonner comme incurables. En la mettant en pratique, l'homme de l'art ne rétablit pas tout à fait une fonction qui manque de son organe principal; mais il la remplace, au lieu même où il convient qu'elle s'exécute, par des moyens mécaniques dont l'action, si je ne me trompe, se rapproche autant que possible de celle des agents naturels auxquels ils doivent suppléer.

L'opération que je viens de décrire est une manœuvre chirurgicale sérieuse, utile et souvent indispensable. Il en

est une autre qui doit être aussi rangée parmi les opérations complémentaires, mais dont la convenance et la nécessité ne sont pas à beaucoup près aussi évidentes : c'est celle à laquelle se décida M. Simon, en cédant aux supplications d'une femme qu'il avait guérie d'une fistule par l'occlusion vaginale (1). Cette femme, dans la crainte d'un divorce, le conjura d'agrandir l'entrée du reste de vagin que l'oblitération indirecte lui avait laissé. M. Simon, pour la satisfaire, chercha à former un cul-de-sac entre le nouveau diaphragme et le rectum, en passant dans le tissu conjonctif recto-vaginal. Cette opération, tout hasardée qu'elle était, n'eut pas de mauvaises suites et procura même une certaine ampliation du vestibule. — Malgré ce demi-succès, il est probable que M. Simon trouvera peu d'imitateurs, et que, d'un autre côté, il se présentera peu de femmes qui voudront subir une tentative aussi aventureuse pour obtenir un si mince résultat.

TRAITEMENT PALLIATIF.

Les tristes ressources représentées par ce traitement ne doivent être employées que lorsque l'incurabilité de la fistule est bien et dûment constatée. Or, comme on l'a vu, l'incurabilité devient tous les jours de plus en plus rare, à tel point que la plupart des cas dont on doit aujourd'hui regarder la guérison radicale comme impossible, se rapportent non à des lésions traumatiques, mais à des vices congénitaux ou à des affections incurables de leur nature. Ainsi, les sténoses considérables du vagin, les fistules vésicales cervico-utérines, les fistules urétéro-vaginales et urétérales cervico-utérines, l'oblitération du col utérin, la perte de toute la paroi vaginale, du col vésical et de

(1) G. Simon, *Mittheilungen*, p. 239.

l'urèthre, ne sont plus des complications devant lesquelles la chirurgie doit reculer, armée qu'elle est des différentes espèces d'occlusion vaginale et utérine, et de la formation complémentaire d'un nouveau canal uréthral. Les échecs nombreux survenus à la suite d'opérations pratiquées sur des fistules ne doivent pas non plus être trop tôt considérés comme des indices d'incurabilité, puisque l'on a vu la guérison survenir après dix-huit, trente et trente-trois tentatives infructueuses (p. 446). Il faut avouer cependant qu'on rencontre quelquefois des femmes qui, pour une cause quelconque, soit locale, soit générale, sont tellement dénuées de toute force plastique, que les opérations les mieux faites et instituées dans les conditions les plus favorables sont invariablement suivies de la non-adhésion et même de la mortification des parties réunies. Les conditions nuisibles dans lesquelles ces revers répétés se déclarent ne sont pas toujours faciles à découvrir; quand il est impossible de les connaître, ou bien lorsqu'il n'y a pas moyen de les supprimer, il faut bien finir par renoncer à de nouvelles opérations et considérer les cas qui les présentent comme rentrant dans la classe de ceux contre lesquels la chirurgie reste impuissante. Ils forment là une division peu importante à côté de quelques autres consistant dans des lésions tellement étendues, tellement compliquées de désordres dans les organes environnants, qu'elles ne peuvent se prêter à aucune des manœuvres chirurgicales connues.

Lorsque le chirurgien rencontre l'un ou l'autre de ces cas exceptionnels, il a à sa disposition trois espèces d'appareils pour les traiter palliativement : 1° ceux qui sont destinés à être introduits dans la fistule pour la boucher; 2° ceux qui doivent être portés dans le vagin pour le tamponner, et 3° ceux dont l'action doit consister à envelopper les parties génitales externes, à y recueillir les urines et à les conduire dans un réservoir. Les premiers de ces moyens

ont tous le défaut de comprimer excentriquement les bords de la fistule, de tendre par conséquent à la dilater, et de manquer par cela même le but pour lequel ils sont appliqués; les seconds, comme je l'ai dit à propos du tamponnement envisagé comme moyen curatif (p. 376), sont bien plus incapables encore de maintenir l'urine dans la vessie; ceux de la troisième espèce, comprenant les moyens le plus souvent employés, pèchent généralement aussi par leur impuissance à s'adapter exactement aux parties voisines des organes sexuels, et par le crassement et la détérioration qu'ils subissent bientôt sous l'influence du contact de l'urine. Tous ont l'énorme inconvénient de constituer des corps étrangers qui finissent par irriter les organes avec lesquels ils se trouvent en contact, de contracter une odeur souvent pire que celle de l'urine elle-même, et d'exiger des soins d'entretien et de nettoyage fort minutieux. Beaucoup de femmes préfèrent ne point y recourir, et il y a des chirurgiens qui pensent qu'elles ont raison. Il y a là une question de convenance personnelle, de goûts, d'habitudes, qui fait que certaines personnes se trouvent mieux de l'absence de tout appareil, tandis que d'autres ne peuvent s'en passer. On conçoit que le chirurgien soit souvent obligé de se conformer à ces préférences individuelles, et que le plus souvent ses conseils doivent tendre à faciliter l'emploi de l'espèce d'expédient qui aura été choisi.

Les instruments et les autres moyens qui ont été employés pour traiter palliativement l'incontinence produite par la fistule uro-génitale, malgré leur peu d'utilité, sont assez nombreux. Burchard a fait confectionner des obturateurs de la fistule même, composés de liége verni; d'autres ont employé à cet effet l'ivoire (1), le caoutchouc.

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 108.

On a cherché à obturer le vagin au moyen de bouchons formés d'éponges, de charpie, de bois (Lange, Schlevogt, Hilscher, Paré, Fabrice de Hilden, Deventer (1)); Leroy-d'Étiolles, dans le but de remédier au défaut principal que présentaient presque tous les obturateurs vaginaux connus, celui de s'altérer promptement et de nécessiter un renouvellement fréquent, avait imaginé d'exécuter un tamponnement du canal au moyen de feuilles et de pâte de caoutchouc. Quelquefois il se servait de pessaires élastiques auxquels il adaptait une plaque obturatrice (2). Enfin, on a inventé une foule d'appareils destinés à servir de réservoirs provisoires à l'urine. Bartholin, Fried, Böttcher, Stark, Verdier, Gerdy, James Reid, ont recommandé des moyens plus ou moins capables, selon eux, de remplir cette indication (3). J.-L. Petit employait un réservoir spécial, qu'il avait nommé *trou d'enfer*. Velpeau cite un appareil de Féburier, formé d'une cuvette de caoutchouc, qui peut être maintenue au-devant de la vulve et se prolonger dans le vagin, et qui permet à la femme de marcher et de se livrer à ses occupations ordinaires. M. Barnes a mis en usage une bouteille allongée de gomme élastique, qui était placée dans le vagin et qui offrait une ouverture destinée à emboîter la fistule; dans cette ouverture était engagée une éponge sur laquelle s'écoulait l'urine au fur et à mesure qu'elle sortait de la vessie; quand l'éponge était imbibée, la malade retirait l'appareil et en vidait le contenu en exerçant en même temps un pression sur la bouteille et sur l'éponge. MM. Guillon et Dugès ont apporté quelques perfectionnements à cet instrument (4). Souvent j'ai vu employer un simple enton-

---

(1) Freund, ouvrage cité, p. 108.
(2) Leroy-d'Étiolles, mémoire cité, p. 28.
(3) Freund, ouvrage cité, p. 108.
(4) Velpeau, *Médecine opératoire*. Bruxelles, 1832, p. 454.

noir de caoutchouc embrassant la vulve, retenu par une ceinture et conduisant l'urine à travers un tube de même substance dans un réservoir fixé à la cuisse et muni d'un robinet propre à évacuer le liquide au moment désiré.

Les soins de propreté, les bains simples, les ablutions fréquentes, les injections, les lotions avec des liquides désinfectants et surtout fortifiants, comme l'eau-de-vie, le vinaigre et le vin aromatiques étendus d'eau, etc., etc., l'application fréquemment renouvelée de linges soutenus par une bande fixée à une ceinture, constitueront toujours, dans l'état actuel de nos connaissances, les moyens les plus utiles pour remédier aux incommodités qui accompagnent la perte de l'urine par le vagin. Je crois cependant que le dernier mot de l'art n'est peut-être pas encore dit relativement aux appareils qui peuvent être employés dans les cas de fistules incurables : il n'est pas impossible qu'on finisse par en trouver qui, au lieu d'être appliqués directement sur la fistule ou de servir simplement d'excipients pour les urines, seraient construits de manière à pouvoir adhérer aux parois externes mêmes de la vulve. Ces appareils jouiraient de la faculté de maintenir cette ouverture fermée et de retenir les urines dans le vagin jusqu'au moment où l'on jugerait convenable de les évacuer au moyen d'un mécanisme commode et facile à employer. N'ayant pas eu de fistules incurables à traiter, je ne me suis pas trouvé dans l'obligation de rechercher un obturateur de ce genre. Mais j'espère que l'idée que j'en donne pourra inspirer un jour quelque mécanicien bandagiste qui, en la réalisant, rendra un véritable service aux femmes affectées de cette espèce d'infirmité.

TROISIÈME PARTIE.

EXAMEN PRATIQUE ET CLINIQUE.

PREMIÈRE OBSERVATION [1].

FISTULE VÉSICO-VAGINALE SIMPLE.

Une opération par la suture américaine. — Guérison.

La nommée M.-J. F...., de Sainte-Marie (Luxembourg), ménagère, âgée de 39 ans, d'une constitution sèche et robuste, est amenée à l'hôpital, le 29 mai 1862, par M. le docteur Dehanne, qui nous fournit les renseignements suivants :

« Au mois d'octobre 1858, cette femme accoucha de son sixième enfant. Après la sortie de la tête, le volume des épaules s'opposa à l'expulsion du tronc, et pendant cinq heures, l'épaule droite comprima la paroi vésico-vagi-

(1) Les cinq premières observations de ce recueil ont été insérées dans les *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique,* 1863, t. IV, p. 272.

nale contre le pubis. Cette compression fut encore rendue plus forte par les tractions énergiques que la sage-femme pratiqua sur la tête.

» Quand M. Dehanne arriva, il trouva la femme pour ainsi dire expirante; il réussit néanmoins à terminer l'accouchement et reconnut que la seule cause de dystocie était le volume excessif de l'enfant.

» Contre tout espoir, la femme se rétablit complétement. Seulement elle remarqua, quinze jours après l'accouchement, qu'elle perdait l'urine par le vagin, et M. Dehanne constata qu'une fistule vésico-vaginale s'était formée à la suite de la chute d'une eschare. Différentes cautérisations réduisirent beaucoup les dimensions de la fistule, mais ne purent la fermer entièrement. La patiente apprit à se sonder elle-même quand le besoin s'en faisait sentir, car, chose remarquable, elle parvenait à retenir ses urines pendant cinq à six heures. Cependant l'incontinence reparaissant de temps en temps malgré toutes ses précautions, et se montrant toujours lorsqu'elle n'exerçait pas un certain effort continu pour retenir ses urines, la femme désirait vivement subir une opération qui pût la soustraire à ces incommodités. »

J'examinai la patiente avec le spéculum de M. Sims en présence de M. Dehanne, et je découvris, immédiatement au-dessous du col utérin, une fistule grande comme une lentille, à grand diamètre dirigé transversalement. Cette ouverture laissait intacte l'insertion du vagin à la lèvre antérieure du col de la matrice, et l'on remarquait que, chaque fois que la femme faisait un effort quelconque, cette lèvre venait s'appliquer sur la fistule et la boucher, ce qui expliquait la faculté dont jouissait la patiente de retenir ses urines pendant un certain temps. Lorsque le spéculum attirait le col utérin en arrière, l'urine coulait à flots dans le conduit vaginal et la vessie se vidait complétement. Le

vestibule, les fesses et les cuisses étaient exempts des excoriations qu'on remarque ordinairement chez les malades affectées de fistule vésico-vaginale, ce qui s'expliquait encore par l'absence d'un écoulement d'urine involontaire et continu sur ces parties.

Le 31 mai 1862, j'opérai la femme par la méthode de M. Sims, en présence de MM. le professeur Burggraeve (de Gand), Verhaeghe (d'Ostende), Dehanne, Buys, Hyernaux, d'Udekem, de plusieurs autres médecins encore et d'un grand nombre d'élèves. Une sonde, introduite dans la vessie par le canal de l'urèthre, me servit à déprimer la fistule et à la porter en bas et en arrière; et comme celle-ci était souvent masquée par une saillie de la portion de paroi vésico-vaginale située entre elle et le col vésical, je fis pousser cette partie en haut et en avant par l'indicateur gauche de l'aide chargé de la sonde. Le spéculum de M. Sims, introduit comme d'habitude, éclairait alors parfaitement la fistule, que je rendais encore plus accessible quand je le voulais en l'attirant directement à moi avec le crochet mousse. Je pratiquai l'avivement en commençant par la lèvre antérieure, en le dirigeant de telle façon que l'angle postérieur de la plaie vînt aboutir au côté gauche du col utérin. Cet avivement fut exécuté au moyen du ténaculum, des pinces à dents et des ciseaux; pendant tout le temps que je mis à le faire, je pris la précaution de ne point intéresser l'orifice fistuleux, tout en allant cependant jusqu'à lui et en opérant une résection profonde et régulièrement ovalaire de toute l'épaisseur de la paroi vaginale proprement dite. Je donnai à la plaie une direction oblique, pour éviter la rencontre du col utérin qui ne m'eût point offert de tissus aussi souples que ceux du voisinage. Dix fils de soie furent ensuite passés, avec l'aiguille de M. Sims et un porte-aiguille particulier, à travers les lèvres de la plaie, où je pénétrai à un demi-centimètre environ des bords avivés,

et que je traversai obliquement de manière à faire sortir la pointe de l'aiguille tout près du pourtour de la fistule. Au lieu d'enfoncer l'instrument dans chaque lèvre de la plaie en particulier, comme le fait M. Sims, il me parut plus commode de l'engager en un seul temps au travers des deux lèvres. La pince à dents, telle que je l'emploie pour toutes les opérations autoplastiques, et que je n'ai pas vu mettre en usage par M. Sims, me fut d'une grande utilité, aussi bien pour la suture que pour l'avivement. Après avoir substitué aux fils de soie des fils d'argent et en avoir pratiqué la torsion, je les coupai à environ un centimètre de la ligne de réunion et les couchai tous régulièrement à droite de celle-ci.

Cette opération avait duré cinq quarts d'heure, pendant lesquels la patiente n'avait pas exprimé la plus légère plainte ni témoigné la moindre impatience. Replacée dans son lit, elle nous parut avoir conservé toute sa sérénité, et rien n'était changé dans les traits de son visage. Je plaçai dans la vessie une sonde d'aluminium, recourbée à la manière de M. Bozeman et percée de trous d'un millimètre environ de diamètre. Je permis pour l'après-midi du bouillon et une beurrée.

Le soir, tout est dans le calme le plus parfait.

1er juin. Légère douleur à la région hypogastrique. Je retire la sonde et la trouve presque complétement bouchée par du mucus et des dépôts urinaires. Après l'avoir nettoyée, je la replace, et elle ramène immédiatement environ deux cent cinquante grammes d'urine. Ce liquide avait donc séjourné dans la vessie pendant assez longtemps sans pouvoir filtrer vers le vagin.

2 juin. La journée d'hier a été bonne. La malade a mangé une côtelette avec appétit. Pouls normal. Pas de douleur.

3 juin. Deux centigrammes d'acétate de morphine ont

été donnés pour maintenir la constipation. Un peu moins d'appétit. Pouls à quatre-vingt-quatre.

4 juin. État satisfaisant. Appétit bon. Comme l'écoulement de l'urine par la sonde s'est encore suspendu pendant la nuit, j'introduis une sonde d'étain courbée comme celle de M. Sims, mais plus courte. J'y ai fait ménager des trous plus petits que ceux de la sonde de M. Bozeman, parce que la muqueuse vésicale s'introduisait dans les pertuis de cette dernière et y bouchait le passage à l'urine.

5 juin. La sonde a donné de l'urine tant qu'elle était dans la vessie, mais elle en est sortie plusieurs fois; je la remplace par une autre sonde d'étain. La journée d'hier a été excellente, malgré une nouvelle rétention d'urine. L'opérée désire changer de position, j'y consens.

6 juin. État excellent. Je couche la malade sur le côté gauche.

7, 8, 9 juin. Bonne continuation.

10 juin. Je procède à l'enlèvement des fils. La plaie paraît belle; les bords n'en sont point boursouflés et ne présentent aucune trace de suppuration. Les fils sortent facilement en décrivant leur demi-cercle. Quand ils sont tous retirés, il est facile de voir que la fistule est parfaitement oblitérée par une cicatrice régulière et solide, qui présente seulement des rainures transversales aux endroits où passaient les fils. Aucune trace d'urine ne s'aperçoit vers la cicatrice quand on fait exécuter un effort à l'opérée; le cathétérisme évacue cependant une certaine quantité de liquide; une injection d'eau tiède poussée dans la vessie revient en totalité par le canal de l'urèthre. Il est donc évident que l'opération a parfaitement réussi.

La malade accuse quelques douleurs vers le méat urinaire, qui est effectivement un peu rouge, mais médiocrement tuméfié. J'enlève la sonde et fais replacer l'opérée dans son

lit, en recommandant de pratiquer le cathétérisme trois fois dans la journée.

11 juin. Plus de douleur au méat urinaire. État excellent.

12 juin. Une nouvelle injection poussée dans la vessie avec un peu plus de force que l'avant-veille revient en totalité par les voies naturelles. L'examen de la partie opérée avec le spéculum fait reconnaître que rien ne suinte de ce côté.

13 juin. La femme se lève et urine seule. La constipation existe toujours.

14 juin. Je fais administrer deux lavements avec addition d'huile de ricin. Une selle copieuse en est la suite.

15 juin. Nous constatons une dernière fois que la cicatrice du vagin est solide et que la guérison radicale s'est maintenue.

16 juin. La malade sort de l'hôpital et repart pour le Luxembourg dans un état de santé excellent.

J'ai reçu depuis des nouvelles de cette opérée. M. le docteur Dechesne, de Saint-Hubert, a bien voulu prendre près d'elle les renseignements nécessaires, M. Dehanne étant mort depuis l'époque de l'opération. Par une lettre datée du 19 février 1870, il me fait savoir que la guérison de Madame F... ne s'est pas démentie. Un an et demi après son retour de Bruxelles, elle s'est accouchée d'une fille avec la plus grande facilité et sans aucun accident. La parturition n'a eu aucune influence fâcheuse sur la cicatrice.

Depuis, elle s'est encore accouchée d'une fille sans plus de difficulté. Les menstrues ont apparu régulièrement hors le temps de la grossesse, comme elles l'avaient fait, du reste, pendant l'existence de la fistule. L'endroit où avait siégé celle-ci, examiné par M. Dechesne, lui fit constater la trace de deux points de suture; on ne les reconnaissait plus,

dit-il, qu'à la coloration plus foncée et comme ecchymotique de la muqueuse à leur endroit : ces traces ne présentaient aucune saillie (1).

DEUXIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE SIMPLE.

Une opération par la méthode de Jobert. — Deux opérations par le procédé de M. Bozeman. — Une opération par ce procédé modifié. — Insuccès. — Une opération d'après la méthode de M. Sims. — Guérison.

La nommée V..., de Bruxelles, boulangère, âgée de 36 ans, de petite stature mais d'une constitution actuellement assez bonne, présente un rétrécissement très-prononcé du diamètre antéro-postérieur du bassin. Accouchée une première fois, avec le forceps, d'un enfant mort, elle devint enceinte une seconde fois, et le 24 septembre 1860, après des douleurs prolongées depuis minuit jusqu'à quatre heures de l'après-midi, elle fut délivrée au moyen du levier, qui amena de nouveau un enfant mort. En outre, la paroi vésico-vaginale tomba en gangrène, et il en résulta une fistule située immédiatement derrière le col de la vessie.

---

(1) Parmi les renseignements dont je fais suivre plusieurs de ces observations, il en est, et c'est le plus grand nombre, qui n'ont été recueillis que depuis peu de temps ; je n'ai donc pu m'en servir comme matériaux pour la rédaction de cet ouvrage. Ils confirment, du reste, comme on le verra, plusieurs opinions qui s'y trouvent exprimées. Pour un certain nombre d'observations, il m'a été impossible de me procurer ces renseignements complémentaires.

Lorsque je vis cette femme pour la première fois, cette fistule présentait environ un demi-centimètre de diamètre. La muqueuse vésicale faisait hernie à travers son orifice, sous la forme d'une espèce de lentille rosée. La direction de l'ouverture était telle que son côté gauche s'enfonçait obliquement en arrière, vers un gros tubercule de la muqueuse vaginale qui la masquait en partie de ce côté et empêchait d'en apprécier exactement les limites. Derrière la fistule, la vessie formait une saillie qui cachait le col de la matrice.

Le 14 novembre, je procédai à l'opération d'après la méthode de Jobert de Lamballe, en me servant du gros tubercule du côté gauche comme d'une espèce de coin, dont j'avivai les deux côtés pour les joindre aux deux lèvres également avivées de la fistule. J'éprouvai de grandes difficultés pendant cette opération, surtout pour rendre l'orifice accessible aux instruments, car le spéculum de M. Sims ne m'était pas encore connu, et l'abaissement du col de la matrice avec la pince de Museux ne faisait que pousser la partie déprimée de la vessie vers l'ouverture anormale de manière à la cacher complétement. Les rétracteurs cependant m'aidèrent à terminer la suture, qui fut assez exacte pour forcer les urines à s'écouler entièrement et exclusivement par l'urèthre. Une sonde de femme fut maintenue à demeure et attachée à un bandage de corps.

Tout se passa assez bien jusqu'au 18; mais ce jour-là, ayant dû m'absenter toute la journée, je ne pus voir mon opérée que le soir, et alors, en la visitant, je trouvai la sonde engagée dans le vagin à travers la fistule. Comment cela s'était-il fait? C'est ce que j'ai toujours ignoré, la femme ne m'ayant fait aucune confidence à cet égard. Le lendemain, j'examinai au grand jour l'état des parties, et je constatai que le côté gauche de la réunion avait cédé sous la pression de la sonde, et que le côté droit seul avait résisté

et présentait encore quelques points de suture intacts.

L'opération ayant ainsi échoué, je crus prudent d'attendre quelque temps avant de recommencer une nouvelle tentative. Sur ces entrefaites, je pris connaissance du travail de M. Follin sur le traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode américaine, et je résolus de mettre en usage le procédé opératoire indiqué par M. Bozeman, c'est-à-dire la suture en bouton avec la plaque de plomb telle que la confectionne M. Atlee.

Le 11 mai 1861, en présence de MM. les docteurs Thiriaux, Van Volxem et Roger, je constatai que la fistule, loin d'avoir diminué d'étendue par la première opération, s'était, au contraire, agrandie jusqu'à présenter deux centimètres de largeur et à pouvoir admettre très-facilement le doigt indicateur. La santé de la femme s'était maintenue assez bonne; seulement il y avait un peu d'amaigrissement. Les règles n'avaient point reparu. — Je suivis avec la plus scrupuleuse attention toutes les règles indiquées par M. Bozeman. L'opération ne dura pas moins de deux heures, pendant lesquelles la femme resta patiemment sur ses genoux, dans la position que conseille M. Bozeman. Une sonde d'aluminium, courbée comme le veut ce chirurgien, fut maintenue dans la vessie.

Rien de particulier ne se passa après cette opération. La femme resta constipée, grâce à l'administration de l'opium. La sonde d'aluminium, qui se crassait souvent de dépôts de l'urine, fut nettoyée à différentes reprises avec une solution de potasse caustique. Le 20 mai, ayant placé la femme sur les genoux et introduit le spéculum de M. Bozeman, j'enlevai la plaque après avoir coupé les fils. Ceux-ci n'avaient donné lieu à aucune suppuration et avaient parfaitement réuni la plaie, sauf en deux endroits, où il restait un petit pertuis par lequel suintait l'urine lorsque la patiente faisait des efforts pour uriner. Je cautérisai ces

deux pertuis avec le nitrate d'argent et je replaçai la sonde dans la vessie, où elle resta encore quatre jours.

Les résultats définitifs de cette opération furent que l'un des deux pertuis se ferma, mais que l'autre persista malgré tous mes efforts. La femme put garder ses urines pendant la nuit et dans la position assise, et recouvra la faculté d'évacuer à volonté ce liquide par le canal de l'urèthre, mais, dans la position verticale et pendant la marche, l'urine continuait à s'écouler goutte à goutte par le vagin.

Le 5 août, je procédai à une troisième opération, que j'exécutai encore d'après les données de M. Bozeman. Trois fils furent placés et ramenés sur la plaque de plomb. Le 14, après avoir ôté les fils, je constatai que cette nouvelle tentative n'avait pas abouti et que le pertuis fistuleux n'avait subi aucune modification, ni dans sa forme, ni dans ses dimensions.

Quelque temps après, cette femme reconnut qu'elle était enceinte; dans la crainte que l'accouchement n'amenât de nouvelles lésions à l'endroit de la fistule, je crus qu'il était indiqué de pratiquer immédiatement une nouvelle opération. L'existence de varices dans la muqueuse vaginale compliquait l'état de la patiente : cependant, comme je voyais la possibilité de les éviter, je ne pensai pas devoir m'arrêter devant cette difficulté; le 28 novembre 1861, au sixième mois de la grossesse, je me mis à l'œuvre, en me servant de l'aiguille porte-fil de M. Simpson, et, au lieu de la plaque de plomb, de simples cylindres de ce métal, que j'écrasai sur les fils à leur sortie de la plaie. Tout marcha bien jusqu'au neuvième jour. J'examinai alors le vagin, et, chose qui m'étonna, je trouvai que non-seulement la fistule n'était pas guérie, mais que presque tous les fils avaient passé à travers les lèvres de la fistule.

Quatre opérations successives, l'une par la méthode de Jobert de Lamballe, deux autres par le procédé de M. Boze-

man, et une dernière par ce même procédé modifié, avaient donc été tentées inutilement. La première avait augmenté l'étendue de l'orifice anormal, que la suivante avait beaucoup rétréci et que les deux dernières avaient laissé dans le *statu quo*. A l'arrivée de M. Sims à Bruxelles, le 10 octobre 1861, je lui soumis ce cas, qu'il jugea très-curable et qu'il me conseilla d'opérer de nouveau par la méthode que je lui avais vu mettre en usage.

J'attendis que l'accouchement fût terminé et que la femme eût passé l'époque des lochies, pour suivre le conseil de M. Sims. L'accouchement eut lieu le 19 février 1862; il fut extrêmement laborieux; plusieurs applications de forceps furent infructueuses et il fallut se résoudre à délivrer la femme avec le forceps-scie de M. Van Huevel, qui fut appliqué par M. le professeur Hyernaux. Les suites de l'accouchement furent heureuses et la fistule ne subit aucun changement à la suite des applications d'instruments qu'avaient nécessitées les complications du travail.

Le 13 juin, la femme ayant récupéré ses forces et sa santé habituelles, je procédai à l'examen du vagin en présence de MM. les docteurs Legros, Thiriaux, Van Volxem, Sacré, d'Udekem et Jottrand, et nous reconnûmes que la fistule, qui était toujours de la même dimension, se présentait cependant actuellement de telle façon qu'une réunion antéro-postérieure devait être la plus naturelle et la plus favorable. Je résolus, en procédant de cette manière, de faire un avivement profond et étendu, de veiller particulièrement à ce que tous les points de suture fussent faits à une égale profondeur et à une distance parfaitement symétrique, et de placer les fils d'argent très-près les uns des autres. J'exécutai généralement l'opération d'après les préceptes de M. Sims : je ne m'en écartai qu'en ce point, qu'au lieu de traverser isolément les deux lèvres de la plaie, je les enfilai l'une

et l'autre du même coup, sans retirer l'aiguille. Dix points de suture furent ainsi placés à la distance de quatre millimètres seulement. L'opération terminée, il fut facile de constater qu'il n'existait aucun godet sur la ligne de réunion, que l'adaptation était complète et uniforme, et que la femme, en faisant des efforts de miction, ne pouvait parvenir à faire suinter aucune goutte d'urine entre les fils métalliques.

Les choses marchèrent de la manière la plus régulière depuis le jour de l'opération jusqu'à l'époque de la levée des fils. La femme conserva facilement la sonde, prit du bouillon, des œufs, de la viande rôtie et un peu de morphine quand le besoin d'une garde-robe se faisait sentir. Dès le troisième jour, je lui permis de varier sa position dans son lit, en lui recommandant toutefois de faire en sorte que la sonde ne sortît pas de la vessie. Le 22 juin, j'explorai le vagin et je remarquai qu'il n'existait aucune trace d'inflammation ni de suppuration dans les environs de la plaie. Les fils furent successivement enlevés avec la plus grande facilité. Lorsqu'ils furent tous sortis, je prescrivis à la femme de pousser, et je reconnus cette fois-ci avec une bien vive satisfaction que l'urine ne pouvait passer par le vagin. En exécutant un plus grand effort, l'opérée faisait sortir l'urine par le canal de l'urèthre. Il n'y avait donc plus de doute, la fistule était enfin radicalement guérie.

Je prescrivis à la patiente de rester couchée quelques jours encore, pendant lesquels on la sonda quatre fois par jour, sans laisser l'instrument à demeure. Les selles reparurent le 24 juin. Le 26 et le 30, je fis un nouvel examen et je constatai le maintien et la consolidation de la guérison. Le 3 juillet, je revis encore une fois l'opérée et je remarquai avec plaisir que sa santé s'affermissait de plus en plus sous l'influence de la régularisation des fonctions urinaires et

surtout du contentement que lui procurait l'idée d'être débarrassée de son infirmité.

Le 6 février 1870, c'est-à-dire huit ans après l'opération, je rendis une visite à cette femme, et j'appris d'elle que, depuis l'oblitération de sa fistule, la miction n'avait pas cessé de se faire de la manière la plus régulière. Elle a eu, dix mois après sa guérison, un enfant à terme, qui a dû être extrait par le forceps. Depuis, deux avortements ont eu lieu, l'un après deux mois, l'autre après trois mois de grossesse. Les règles ont reparu dans l'intervalle des grossesses et ont continué à se montrer aux époques naturelles. L'application du spéculum me fit constater dans le vagin une grande diminution de l'étendue de sa paroi antérieure : du méat au col utérin, il n'y avait guère que quatre centimètres. La lèvre antérieure du col de la matrice était hypertrophiée au point d'être au moins doublée de volume; elle avait une tendance à descendre vers la vulve. La région opérée offrait une coloration moins foncée que celle des parties voisines; on y voyait se dessiner encore quelques éminences crêtées, mais moins saillantes que celles des environs. Malgré la plus grande attention, il était impossible d'y retrouver d'une manière distincte les endroits où les fils avaient été placés. La sonde, introduite dans la vessie, ne me fit découvrir aucun amincissement de la cloison uro-génitale.

TROISIÈME OBSERVATION.

DEUX FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Une opération par la suture américaine. — Guérison.

A. T..., de Bruxelles, âgée de 32 ans, de petite taille et d'un tempérament nerveux et délicat, a eu cinq accouchements. Le premier a amené un enfant mort et a été terminé par le forceps; le deuxième lui a donné, sans le secours d'aucun instrument, un enfant vivant encore aujourd'hui; le troisième et le quatrième ont été terminés au moyen du levier et ont encore mis au monde deux enfants vivants. Enfin le cinquième eut lieu le 27 avril 1862, et fut terminé très-laborieusement au moyen de l'application successive de plusieurs leviers, qui finirent par extraire un enfant mutilé lequel mourut cinq heures après sa naissance. Cet accouchement était à peine terminé, que la femme cessa d'évacuer normalement les urines et se sentit inondée de ce liquide. Les suites des couches furent bonnes, mais l'incontinence ne diminua pas, et, une dizaine de jours après, ayant été demandé en consultation par MM. les docteurs Feigneaux et Sacré, médecins de la malade, je pensai qu'une opération deviendrait indispensable. Toutefois j'attendis pour la pratiquer la fin des lochies et le raffermissement de la santé.

Le 17 juin, je fis l'inspection du vagin en présence de MM. les docteurs Bustamante Sà, chirurgien de l'hôpital de Rio-Janeiro, Feigneaux, Sacré, Jottrand et Dereine. Je reconnus qu'il y avait deux fistules placées l'une au-dessous de l'autre tout près de la lèvre antérieure du col utérin,

et séparées par un pont d'un centimètre d'étendue. Les dimensions de chacune de ces fistules étaient à peu près celles d'une grosse tête d'épingle.

Dans un cas de ce genre que M. Sims avait eu à opérer dans mon service, je lui avais vu réunir les deux fistules en une seule par une incision divisant en même temps le vagin et la vessie. Je pensai qu'il y aurait ici avantage à se comporter d'une autre manière, et voici le procédé que je mis en usage :

Je commençai par inciser d'avant en arrière, avec un petit ténotome, le pont qui réunissait les deux fistules, mais en prenant soin de n'intéresser que la muqueuse vaginale. Saisissant ensuite avec une pince à dents chacune des lèvres de cette incision, je les disséquai pour avoir de chaque côté un lambeau d'un centimètre environ de largeur. Cette opération préliminaire terminée, la paroi vésicale, avec ses deux pertuis, apparaissait intacte au fond de la plaie. Je soulevai alors avec le ténaculum la portion du vagin située immédiatement au-dessous du pertuis inférieur, et j'en excisai un lambeau avec les ciseaux courbes; puis, poursuivant l'avivement de chaque côté, je rejoignis les deux lambeaux formés primitivement et abandonnés pour un instant, et, saisissant ceux-ci avec la pince, je m'en servis pour attirer à moi l'orifice fistuleux supérieur et l'aviver à son tour. De cette manière, la complication du cas ne modifia le procédé opératoire que pendant le premier temps de l'avivement; une fois ce temps achevé, la largeur des lambeaux détachés donnant plus de prise à la pince à dents, rendit l'achèvement de l'avivement plus prompt et plus facile. Quelques coups de ciseaux ayant régularisé la circonférence de la plaie, celle-ci apparut sous la forme d'une espèce d'*s*, dirigé obliquement de la partie vulvaire à la partie utérine de la cloison vésico-vaginale, l'extrémité antérieure en étant tournée à droite

et la postérieure à gauche. La plaie présentait dans son ensemble, quand on en suivait les contours, six centimètres environ de longueur et trois de large. M'étant assuré que, malgré la courbe décrite par la surface saignante, les deux lèvres pouvaient facilement s'adapter sans tiraillements et sans formation de godets, je procédai à la suture. Quatorze fils furent placés successivement à quatre millimètres environ de distance. Quand ils furent tous fixés, je fis faire un effort à la femme; voyant que rien ne sortait par la fistule, je poussai une injection dans la vessie et fis réitérer l'effort. Tout le liquide resta pendant quelque temps dans la poche urinaire et fut enfin expulsé par le canal de l'urèthre : l'occlusion était donc complète et exacte.

La femme, portée dans son lit, fut soumise au même régime, aux mêmes soins et au même traitement que les deux précédentes. Seulement, comme j'avais mes cathéters d'étain occupés ailleurs, je me servis le premier jour d'une sonde de femme ordinaire. La nuit suivante, cette sonde sortit de l'urèthre et il fallut en replacer une autre, qui aurait probablement eu le même sort si le lendemain je n'avais introduit un autre instrument d'étain, courbé et perforé à la manière de M. Sims. Le 20, à mon arrivée chez l'opérée, elle se plaignait d'éprouver vers les parties génitales des douleurs qui avaient été assez vives pour l'empêcher de se reposer. Je vis en effet la vulve inondée de mucosités jaunâtres; après un examen attentif, je reconnus que cet écoulement ne provenait point du vagin mais bien de la fourchette, où une fissure assez large et très-douloureuse s'était produite. Je cautérisai cette fissure avec le nitrate d'argent, et immédiatement tous les symptômes s'apaisèrent de ce côté.

Le 25 juin, les suites de l'opération ayant été des plus heureuses, je pratiquai l'extraction des fils, qui sortirent

facilement sans faire trop saigner la plaie. Celle-ci n'était le siége d'aucune inflammation et ne présentait point de pus. Après l'avoir lavée au moyen d'une injection et abstergée avec un morceau d'éponge, je remplis la vessie d'eau tiède, puis, ayant recommandé à l'opérée de pousser, je reconnus que la plaie restait sèche et solidement réunie. La guérison était donc évidente. La patiente fut sondée encore trois fois par jour pendant trois fois vingt-quatre heures. Elle alla pour la première fois à la selle le 27 et se leva le 28. Le 29, elle eut dans le bas-ventre des douleurs qui lui firent penser qu'elle allait avoir ses règles. Des serviettes chaudes qu'elle se plaça autour du corps lui enlevèrent ces douleurs, qui ne reparurent plus depuis. Le 9 juillet, je revis l'opérée et je constatai que la guérison ne s'était pas démentie; le teint, auparavant très-pâle, avait repris un peu plus de fraîcheur et la santé était devenue parfaite. Elle se plaignait seulement d'uriner quelquefois involontairement quand elle riait ou faisait quelque grand effort.

Le 11 février 1870, l'opérée me dit que, depuis sa guérison, ses règles avaient reparu aux époques ordinaires et n'avaient été interrompues que pendant une grossesse qui était survenue deux ans et demi après l'opération, et qui avait été suivie d'un accouchement à terme dans lequel l'enfant, mort-né, s'était présenté par les pieds. Dix-huit mois après, elle avait eu, au septième mois de la grossesse, un autre accouchement qui s'était terminé sans le secours d'aucun instrument et avait amené un enfant mort, comme le précédent. La miction n'avait pas cessé un seul instant de se faire de la manière la plus parfaite et la plus régulière. La cicatrice n'a pas bougé. Le vagin est assez fortement raccourci, de sorte que le col utérin est placé assez bas. Il y a une espèce de pli saillant, transversalement dirigé, difficile à déprimer, qui bride un peu le milieu du

canal; la surface en est lisse, plus blanche que les portions voisines, et dépourvue d'éminences crêtées, de même que la partie située entre lui et le col de la matrice. On remarque sur celle-ci quelques stries blanchâtres transversales, non saillantes, indiquant la place des anciens points de suture. Vers l'extrémité droite du pli se trouve un fil d'argent qui a été oublié dans la plaie. Ce fil n'a gêné en quoi que ce soit ni les rapports sexuels ni les accouchements; sa présence était même ignorée des époux, et c'est l'accoucheur qui en a fait la découverte au moment où il pratiquait le toucher. Ce corps étranger n'a déterminé aucune irritation, et la femme s'en trouve si peu incommodée qu'elle n'a pas désiré que j'en fisse l'extraction.

QUATRIÈME OBSERVATION.

TAILLE VAGINO-VÉSICALE PRATIQUÉE POUR UN CALCUL URINAIRE. — FISTULE VÉSICO-VAGINALE CONSÉCUTIVE.

Une opération par la suture américaine. — Guérison.

Mademoiselle V..., âgée de 26 ans, d'une constitution nerveuse et hystérique, malgré ses formes arrondies et un certain embonpoint allié à un développement assez prononcé du système musculaire, réclama mes soins, en juin 1862, pour un calcul de la vessie dont elle souffrait depuis longtemps. Comptant sur la possibilité de remédier aux suites d'une opération de taille vagino-vésicale, je n'hésitai pas à choisir cette méthode de préférence à la taille uréthrale. Je pratiquai cette opération à la partie

moyenne de la cloison, en donnant à l'incision environ quatre centimètres d'étendue. L'ouverture faite, l'urine s'écoula à flots; mais, chose remarquable, il arriva à différentes reprises qu'elle s'arrêta pour recommencer à s'échapper quelques instants après, comme si la boutonnière pratiquée à la vessie se fût de temps en temps refermée sous l'influence de contractions musculaires. En observant le vagin pendant ce phénomène, on pouvait en effet remarquer que les parties des bords qui appartenaient à la vessie se rapprochaient seules, pendant que le vagin restait béant et indifférent aux mouvements du réservoir urinaire. L'introduction du doigt faisait facilement apprécier l'existence de deux parois distinctes, entre lesquelles il était exposé à se fourvoyer dans un tissu conjonctif lâche et mobile.

Les suites de cette taille furent des plus favorables. Mais comme je l'avais prévu, l'ouverture pratiquée ne se ferma pas complétement et il resta une fistule du diamètre de cinq millimètres environ, arrondie et située à deux centimètres du col vésical. Je laissai reposer l'opérée pendant quelques mois, et, le 11 octobre 1862, je procédai à l'opération de la suture.

La fistule était cachée en avant par une forte dépression de la paroi antérieure du vagin. En outre, les fesses, très-grasses, faisaient saillie au-dessous de l'anus et des grandes lèvres, et rendaient difficile la mise au jour de l'endroit où devaient agir les instruments. Je parvins à vaincre ces difficultés en enfonçant transversalement, dans la partie saillante du vagin, et de manière à en traverser toute l'épaisseur sans toucher à la vessie, un ténaculum un peu plus grand, plus fort et plus courbé que celui de M. Sims, et en attirant en bas et en avant la partie ainsi accrochée. Cette manœuvre ne fut pas plus tôt exécutée, qu'il devint évident que l'avivement et la suture ne pré-

senteraient plus aucune difficulté. Neuf fils d'argent furent passés et réunirent une plaie directement formée d'avant en arrière.

Une sonde d'étain fut placée dans la vessie et l'opérée couchée sur le dos. Le reste de la journée se passa sans accidents.

12 octobre. L'état général est bon. Pas de fièvre. Un peu de sensibilité au bas-ventre. Bouillon. Deux pilules de deux centigrammes d'extrait d'opium.

13 octobre. Agitation. Pouls plus fréquent. L'opérée se plaint de douleurs dans l'abdomen et dans les reins, qu'elle attribue à la présence de gaz. Elle a été effrayée de voir un peu de sang dans ses urines; de plus, elle croit qu'elle continue à perdre du liquide par le vagin, ce qui la chagrine beaucoup. Je remarque qu'il y a de l'exagération dans tout ce qu'elle dit, et que ses dispositions à l'hystérie occasionnent en grande partie l'état dont elle se plaint. Je la rassure et lui administre deux centigrammes d'acétate de morphine. La sonde est nettoyée et les alèzes, qui sont imprégnées d'urine, remplacées par d'autres.

Dans la journée, l'agitation continue; croyant que la sonde n'est plus dans la vessie, elle la retire et se place elle-même une sonde de gomme élastique, comme elle avait l'habitude de le faire quand elle avait la pierre. A peine cet instrument est-il introduit que l'urine sort à plein jet. Plus tard, il survient des ténesmes vésicaux et l'urine est lancée entre la sonde et l'urèthre. Un aide remet dans la soirée le cathéter d'étain et rassure de nouveau la malade. Deux centigrammes d'acétate de morphine.

14 octobre. Les douleurs abdominales continuent mais n'augmentent guère par la pression; elles changent de place. Quand on touche la sonde, il se produit aussi des douleurs dans la vessie; cependant les urines sortent claires

et limpides. Deux centigrammes d'acétate de morphine. Dans la journée, une côtelette.

15 octobre. L'opérée croit toujours qu'elle urine par le vagin. Pouls à soixante. Toujours légères douleurs abdominales. Cinq centigrammes de morphine en trois fois.

16 octobre. Amélioration dans la sensibilité du ventre. Il y a eu des envies de vomir après l'administration de la morphine. La constipation est maintenue. Je supprime la morphine. Alimentation animale.

17 octobre. L'état est très-satisfaisant. Le moral est devenu excellent. Il n'y a pas de pus dans le vagin. Les urines coulent bien par la sonde.

18, 19 octobre. Tout marche régulièrement.

20 octobre. J'ôte successivement les fils d'argent, que je trouve un peu enfoncés dans les chairs. Cette opération terminée, je constate, par une injection dans la vessie, que toutes les craintes de la malade relativement à la sortie de l'urine par le vagin avaient été imaginaires, et que l'occlusion de la fistule est régulière et complète.

Trois jours après, je fais un nouvel examen, et cette exploration confirme ma première appréciation. L'opérée s'est levée et n'a plus senti aucun écoulement par le vagin. Elle est dans un état physique et moral des plus satisfaisants et se déclare complétement guérie de son infirmité passagère. Depuis, j'ai reçu de ses nouvelles et j'ai appris que sa guérison s'est parfaitement maintenue.

Le 23 janvier 1870, de nouvelles informations m'ont fait connaître que, depuis sa guérison, elle s'est mariée et s'est accouchée d'une fille. L'accouchement n'a eu aucune influence sur les parties opérées. Les règles ont apparu tous les mois, sauf pendant la gestation.

Le 15 février, j'examine moi-même le vagin; il ne présente aucune trace de l'opération; les colonnes, les plis et

les éminences crêtées s'y dessinent comme à l'état normal; il est impossible d'y découvrir aucun indice des points de suture ni de la ligne de réunion; la coloration de la paroi vésico-vaginale est partout la même; son épaisseur ne paraît pas avoir changé à la région de la fistule.

CINQUIÈME OBSERVATION.

CLOAQUE URO-GÉNITAL ÉNORME. — FISTULE URÉTHRO-VAGINALE.

Quatre opérations par la suture américaine. — Occlusion totale avec permanence d'un pertuis. — Érysipèle gangréneux épidémique. — Mort. — Autopsie.

La femme qui fait le sujet de cette observation ayant été opérée à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, les notes nécessaires à la rédaction de l'histoire de ce cas m'ont été transmises par M. Chrétien, interne dudit hôpital, qui a suivi attentivement toutes les phases du traitement de la malade.

Le 5 septembre 1862, la nommée C. G..., de Roubaix (Nord), domiciliée à Lille, âgée de 22 ans, entra à l'hôpital Saint-Sauveur dans le service de M. Vanderhaghen.

Cette femme, d'une petite stature et d'une constitution lymphatique, devint enceinte au mois de juillet 1861 et arriva heureusement à terme le 4 mars 1862. L'accouchement fut des plus laborieux; le travail dura deux jours. Au dire de la malade, il fut fait deux applications de forceps par deux praticiens différents sans que la vessie et le rectum eussent été préalablement vidés. Les manœuvres obstétricales furent suivies d'un écartement très-étendu de la symphyse pubienne, la mort de l'enfant, et de la for-

mation d'une énorme fistule vésico-vaginale. La malade ne s'aperçut de cette dernière lésion que deux jours après l'accouchement. Pendant cinq semaines, elle se trouva dans l'impossibilité absolue de se lever. Transportée à l'hôpital de Roubaix, où elle fut traitée au moyen de la sonde à demeure et de l'introduction, dans le vagin, d'abord de tampons de charpie imbibés d'huile d'amandes, puis de pessaires qu'elle ne put supporter, elle quitta cet établissement et vint à Lille, où elle se décida bientôt à entrer à l'hôpital Saint-Sauveur, ne pouvant plus supporter l'état déplorable dans lequel elle se trouvait.

A son entrée dans le service de M. le docteur Vanderhaghen, on constate l'état suivant : la figure est pâle et exprime la souffrance; l'appétit et le sommeil sont perdus; les parties génitales, le pourtour de l'anus et la face interne des cuisses sont le siége d'un érythème prononcé. Une masse rougeâtre, fongueuse, d'où s'écoule un liquide sanguinolent, fait saillie hors de la vulve et pend entre les cuisses : cette masse n'est autre que la vessie renversée qui s'est échappée par la fistule, et présente au moins six centimètres d'étendue. D'après le dire de la malade, les règles, qui avaient reparu en petite quantité deux mois après l'accouchement, ont complétement cessé depuis cette époque.

La première indication à remplir était évidemment de réduire la vessie et de la maintenir réduite; mais la chose n'était pas facile, car, à peine abandonnait-on un instant l'organe à lui-même qu'aussitôt il faisait de nouveau éruption au dehors de la vulve. MM. Brissez et Vanderhaghen y parvinrent cependant en introduisant dans le vagin un bourrelet cylindrique fixé par quatre bandelettes de laine qu'on attacha à un bandage de corps. Cet appareil, renouvelé tous les jours, suffit, après six applications, pour contenir la vessie dans l'excavation pelvienne.

L'érythème fut combattu par des bains et des topiques émollients joints à des soins de propreté. Sous l'influence de ce traitement, l'état de la malade s'améliora d'une manière sensible, le sommeil reparut avec l'appétit, et l'on put enfin songer à une opération radicale.

Sur ces entrefaites, étant passé par Lille à mon retour d'un voyage, et y ayant rencontré MM. Vanderhaghen et Brissez, je fus prié par ces confrères de voir leur malade; je fus d'avis comme eux que, malgré la grande complication du cas, il y avait quelque chose à faire, et que l'application de la méthode américaine pourrait, sinon guérir radicalement, du moins améliorer considérablement l'état de cette malheureuse. Je me rendis bien volontiers à l'invitation qui me fut faite de pratiquer l'opération, et le lendemain, 22 septembre, après avoir de nouveau examiné et étudié la disposition et l'étendue des lésions que j'avais à combattre, je me mis à l'œuvre.

La fistule, commençant à gauche entre le canal de l'urèthre et le clitoris, se continuait ensuite vers la branche descendante du pubis, pour quitter celle-ci à trois centimètres plus loin, se reporter à droite et aller se terminer vers le milieu de la cavité du col de la matrice. La lèvre gauche de la fistule faisait corps avec l'arcade pubienne, mais devenait libre à partir de l'endroit où elle se recourbait à droite pour aboutir au col utérin. Celui-ci présentait deux lèvres hypertrophiées, séparées par un large espace qui le mettait en communication directe avec la vessie. La lèvre droite de la fistule était recourbée sur elle-même, de manière à présenter son bord libre vers la vessie, dont on apercevait une paroi à travers la perte de substance. Le canal de l'urèthre était porté à droite et présentait à gauche une seconde fistule, séparée de l'extrémité antérieure de l'autre par un petit pont de substance intacte. Il existait encore entre les os du pubis un écartement assez

grand pour admettre le doigt indicateur. Le cathétérisme pratiqué par le canal de l'urèthre faisait constater une diminution prononcée de la cavité vésicale.

Pour remédier au rebroussement en dedans de la lèvre droite et pouvoir bien apprécier l'endroit où la muqueuse de la vessie s'y continuait avec le vagin, j'introduisis le doigt indicateur gauche dans la fistule, et, m'en servant comme d'un crochet, je dédoublai le bord ainsi saisi en l'attirant à l'extérieur. Pendant ce temps, un aide déprimait la portion du vagin voisine de ce bord et la tendait transversalement au moyen d'un petit plioir de bois. J'eus ainsi toute facilité pour en aviver l'extrémité pubienne. Arrivé vers le milieu de son étendue, je poursuivis l'excision jusqu'à un centimètre au delà de la terminaison de la fistule, puis je revins vers la lèvre gauche. L'adhérence de cette lèvre en rendit l'avivement très-pénible et très-délicat, d'autant plus que la distinction des limites de la vessie et du vagin y était aussi très-difficile. Mais ces obstacles n'étaient rien en comparaison de ceux qui m'attendaient vers le col utérin. Je rencontrai là, au côté gauche de l'union de la fistule avec la cavité du col, un tissu dur, résistant, difficile à soulever et à couper, fuyant devant les ciseaux et résistant au scalpel, et que je ne pus aborder qu'en l'attirant fortement à moi avec un ténaculum. Avec un peu de patience cependant, je parvins à le rafraîchir régulièrement. Je repris ensuite successivement les deux lèvres du col utérin, et je les taillai de telle manière qu'en se rapprochant elles pussent boucher l'extrémité postérieure de la fistule sans oblitérer la cavité du museau de tanche. Après cela, je m'occupai de la fistule du canal de l'urèthre que je traitai comme la grande ouverture, sans rencontrer d'autre difficulté que celle résultant de l'obligation de ménager le pont qui la séparait de sa voisine.

Une vingtaine de points de suture furent passés dans les deux lèvres de la vaste plaie résultant de ces avivements successifs. Ceux de la région du col utérin durent être exécutés en trois temps, un pour chaque lèvre et un pour le fond de la plaie. Pour l'un de ces points, je me servis d'un fil d'argent double engagé très-profondément dans les tissus. Les fils de la partie antérieure de la suture furent introduits de manière à raser la branche descendante du pubis, et, d'autre part, à ne point saisir une trop grande étendue du bord droit de la plaie afin d'éviter ainsi le rebroussement de celui-ci. La suture étant achevée, je constatai d'abord qu'elle n'avait pas trop rétréci le canal de l'urèthre, ensuite qu'une injection dans la vessie était parfaitement retenue, enfin, qu'une sonde introduite dans la cavité du col utérin pénétrait facilement dans la matrice.

Tous ces temps de la manœuvre chirurgicale, on le conçoit, n'avaient pu être terminés sans changer la position de la femme. Ainsi, pour la partie supérieure de la fistule j'avais pu la coucher sur le côté gauche, mais pour la région inférieure j'avais trouvé plus facile de la placer sur le dos. Tous ces changements de position, la durée de l'opération, l'agacement produit par les résections et les piqûres avaient fini par épuiser la patiente, malgré son courage. Vers la fin de l'opération elle eut un accès nerveux suivi d'un état syncopal dont heureusement elle sortit au bout de quelques minutes. Je plaçai à demeure la sonde de M. Sims, que j'eus assez de peine à introduire, et je fis transporter l'opérée dans un lit préalablement chauffé.

A peine y était-elle placée qu'elle fut prise d'un nouveau tremblement nerveux qui dura quelques instants, mais qui céda bientôt à l'administration de deux centigrammes d'acétate de morphine. Dans l'après-midi, il survint une vive réaction, accompagnée de céphalalgie, qui persista pendant toute la nuit.

23 septembre. La fièvre est restée assez intense. La malade a dormi environ une demi-heure, mais en s'éveillant en sursaut au moindre bruit. Dans l'après-midi, vers deux heures, elle est prise d'un violent frisson qui dure environ une demi-heure et qui est suivi de chaleur. Il survient un peu de ténesme vésical pendant lequel la sonde est expulsée, de sorte qu'on est obligé de la remettre deux fois en place. On remarque, après l'avoir réappliquée, qu'elle tend constamment à se porter à droite.

Pendant la nuit, nouveau frisson. Pouls à cent et quatre; langue rouge, soif ardente. Sommeil avec rêvasseries.

24 septembre. Légère amélioration; urines rouges. Pouls à cent. Après midi, frisson, ténesme vésical qui fait encore sortir la sonde plusieurs fois dans la journée.

25 septembre. Pouls à quatre-vingt-seize. Légers picotements vers le canal de l'urèthre. A midi et demi, frisson qui dure environ quinze minutes. Vers le soir, nouveau frisson. Douleurs de ventre assez vives, insomnie, ténesmes qui chassent la sonde hors de la vessie. Potion calmante, fomentation émolliente.

26 septembre. Agitation, pouls à cent et six; à midi, frisson suivi de chaleur, comme tous les frissons précédents; quelques nausées se déclarent, mais il n'y a pas de vomissements. Les urines sont plus claires.

Depuis le premier jour, malgré les accidents qui se manifestent, la malade est nourrie d'abord avec un peu de bouillon, puis avec des aliments de plus en plus substantiels.

27 septembre. L'opérée est devenue calme. Elle a bien dormi. Plus de nausées. Envies d'aller à la selle. L'appétit augmente.

28 septembre. L'amélioration continue. Pouls à quatre-vingt-dix. Langue moins rouge, soif moins vive. Plus de frisson. Les envies d'aller à la selle se prononçant davantage,

on administre un lavement huileux qui ne produit aucune évacuation.

29 septembre. L'état est devenu tout à fait satisfaisant.

Le 1er octobre, je retournai à Lille pour procéder à l'enlèvement des fils. Plusieurs d'entre eux avaient passé à travers les chairs : c'étaient ceux de la région antérieure de la fistule et d'autres qui traversaient la lèvre gauche au niveau de ses adhérences aux parois osseuses. Il persistait aussi un pertuis au canal de l'urèthre, et un autre, assez grand pour admettre le doigt, au-devant du col utérin ; mais partout ailleurs l'adhérence s'était établie, et il était évident qu'après le resserrement cicatriciel la fistule serait singulièrement simplifiée et infiniment plus abordable.

Je laissai reposer la femme pendant un mois, afin de lui permettre de réparer ses forces et pour donner à la rétraction le temps d'atteindre ses dernières limites. Le 2 novembre suivant, encouragé par la patiente, qui demandait instamment de voir continuer le traitement et déclarait qu'elle préférait mourir que de rester dans l'état où elle se trouvait encore, je procédai à une nouvelle opération.

La fistule du canal de l'urèthre avait persisté. A l'angle antérieur de l'ancienne ouverture vésico-vaginale, il y avait deux petits pertuis séparés par un pont d'un demi-centimètre. En arrière existait encore un orifice assez grand pour recevoir le doigt, qui se bouchait presque complétement quand la malade se couchait à gauche. Le col utérin, quoique non entièrement réuni à gauche, avait cependant changé de forme, de façon que la lèvre antérieure en était devenue adhérente à l'ouverture fistuleuse, tandis que la lèvre postérieure était portée fortement en arrière à distance de cette ouverture.

Je pratiquai, en avant, l'avivement de manière à donner à la suture la forme d'un fer à cheval comprenant en

même temps l'orifice anormal de l'urèthre, les deux petits pertuis et le pont qui les séparait. J'eus soin de n'entamer celui-ci que superficiellement, pour lui permettre de s'opposer à l'écartement des lèvres. En arrière, j'introduisis le doigt indicateur gauche dans la fistule, j'en attirai en avant l'angle antérieur, et j'en avivai toutes les parties que je pus atteindre par cet expédient. Pour rafraîchir l'angle postérieur de cette ouverture, je me servis d'un court ténaculum que j'enfonçai dans l'épaisseur du vagin, pour l'attirer en avant et tendre les tissus sur lesquels la pince à dents et les ciseaux devaient agir. La lèvre antérieure du col de la matrice fut réséquée et disposée de manière à pouvoir être cousue à la partie correspondante de la lèvre gauche de la fistule. Un incident fâcheux se produisit pendant ce temps de l'opération : une artériole ayant été intéressée lors de la section du col, il s'ensuivit une hémorrhagie qui gêna beaucoup et pendant très-longtemps l'introduction des aiguilles. Je finis par la maîtriser au moyen de l'application d'un morceau de glace dans le fond du vagin. Quinze points de suture furent alors appliqués et fermèrent exactement tous les orifices.

Immédiatement après l'opération, je fis administrer à la femme deux centigrammes d'acétate de morphine, ce qui ne l'empêcha pas d'éprouver le soir d'assez violents ténesmes qui expulsèrent la sonde de la vessie. En cherchant à introduire de nouveau l'instrument, on s'aperçut qu'il y avait un caillot de sang dans le vagin.

3 novembre. Il y a de la fièvre, de la soif. La sonde a encore été expulsée pendant les spasmes de la vessie. Vers le soir, il survient des douleurs abdominales suivies d'un frisson : deux centigrammes d'acétate de morphine. Bouillon. Limonade vineuse.

4 novembre. La nuit a été calme, mais le soir il sur-

vient un nouveau frisson. La sonde, qui est encore sortie, est replacée.

5 novembre. Il y a du mieux. Bouillon. Limonade vineuse.

6 novembre. Le mieux continue. Alimentation.

7, 8, 9, 10 novembre. Continuation.

Le 10 novembre, à mon arrivée à Lille, je constatai avec plaisir que toute la partie de la fistule attenante au col utérin était parfaitement réunie : c'était pour moi la chose essentielle, car j'avais jusqu'alors conservé des doutes sur la possibilité de restaurer le col et de combler la région la plus reculée de la fistule. Une portion de la suture avait encore cédé au niveau de l'adhérence aux os de la lèvre gauche de l'ouverture anormale; mais il ne persistait plus là qu'un orifice de petite dimension, et en outre les tissus y avaient recouvré une mobilité inespérée. Enfin il existait encore un pertuis sous le pubis, à gauche du clitoris. Somme toute, nous avions fait d'énormes progrès vers la guérison, et il n'y avait plus de comparaison à établir entre l'état actuel des choses et celui que nous avions observé lors de la première opération. Tout semblait donc me donner la certitude d'un succès définitif et complet moyennant quelques nouvelles retouches.

Plein de cet espoir, je procédai, le 24 novembre, à une troisième opération qui ne présenta rien de particulier. Après son achèvement, je couchai la malade sur le côté gauche, pour éviter le tiraillement de la lèvre droite sur les attaches de la fistule au système osseux. Les suites de l'opération offrirent encore la même série de frissons suivis de chaleur, et les mêmes ténesmes. Toutefois, ils ne furent plus aussi sérieux ni aussi prolongés, de sorte que, le 27, l'amélioration commença à se manifester et continua sans interruption jusqu'au 3 décembre, époque à laquelle j'allai enlever les fils. Lorsque ceux-ci

furent sortis, je constatai que toute l'étendue de l'immense fistule que j'avais eu à combattre était totalement guérie, sauf le petit pertuis situé à gauche du clitoris, qui mettait à persister une ténacité que je ne pouvais m'expliquer, mais que je crus pouvoir maîtriser par une dernière suture.

J'entrepris le 26 décembre cette opération finale, qui était devenue un jeu après toutes les difficultés que j'avais dû surmonter auparavant. L'avivement et les points de suture furent facilement exécutés ; mais je remarquai que l'opérée était plus sensible et jetait plus de cris que les fois précédentes. Reportée dans son lit, elle continua à souffrir beaucoup, malgré l'administration de la morphine, et, quelques jours plus tard, après une succession de phénomènes semblables à ceux qui avaient suivi les opérations antérieures, il survint des symptômes d'une nature nouvelle, qui vinrent détruire nos espérances légitimes et nous faire perdre le fruit de nos efforts.

Une épidémie d'érysipèle venait de se manifester dans l'hôpital Saint-Sauveur. Notre opérée en fut atteinte, et le 31 décembre, après quelques prodromes fébriles, elle présenta une tuméfaction de la vulve et des aines, accompagnée de rougeur de la peau de la partie supérieure et interne des cuisses ainsi que d'un engorgement ganglionnaire dans cette région, et bientôt suivie de l'apparition de phlyctènes. Le 4 janvier 1863, je trouvai les fils de la suture détachés, l'orifice qu'ils devaient boucher reformé, la cuisse gauche érysipélateuse, la vulve boursouflée et recouverte de légères plaques gangréneuses. A ces phénomènes locaux s'étaient joints tous ceux d'une violente réaction générale : fièvre intense, langue noirâtre, sèche et fendillée, soif ardente, céphalalgie, nausées, vomissements, toux fatigante, oppression, anxiété extrême. Je me hâtai de retirer tout ce qui restait de fils, je conseillai un bain de siége pour enlever toute trace d'urine sur les parties

malades, un traitement approprié fut institué; mais, malgré tous les soins administrés, l'érysipèle fit de nouveaux progrès et devint bientôt général, une diarrhée colliquative survint, et, une quinzaine de jours après ma visite, la malade succomba aux suites de la maladie épidémique qu'elle avait contractée.

MM. les docteurs Vanderhaghen et Brissez eurent l'obligeance de m'envoyer le bassin de cette femme, dont je désirais faire l'examen nécroscopique, à l'effet de me rendre compte de certaines particularités qu'avait offertes le traitement et que je ne m'étais pas suffisamment expliquées.

J'avais été frappé surtout des ténesmes vésicaux et des accès de fièvre qui avaient suivi mes opérations. En second lieu, j'avais considéré comme une chose étrange une certaine difficulté que j'avais rencontrée à introduire la sonde et la tendance de cet instrument à se porter constamment à droite. Enfin, j'avais été étonné de trouver la partie antérieure de la fistule réfractaire à l'action de la suture, tandis que partout ailleurs les bords de la lésion de continuité avaient fini par se réunir assez facilement. D'après mes suppositions, les accidents vésicaux consécutifs avaient persisté tant que la partie antérieure de la suture avait résisté, et ils avaient cessé aussitôt que, cette résistance ayant été vaincue, l'urine était parvenue à reprendre un libre cours par cette issue; mais je ne me rendais pas bien compte de la raison de ce phénomène, et j'en étais venu à penser que peut-être l'uretère gauche avait été broyé pendant l'accouchement, et qu'après la chute des eschares il avait contracté des rapports anormaux qui l'avaient amené jusque vers la partie antérieure de la fistule : d'où il devait résulter, après l'oblitération de celle-ci, une rétention de l'urine dans ce conduit, accident que venait conjurer la destruction des points de suture.

Telle n'était cependant point la disposition des parties:

la dissection du vagin, de la vessie et de ses annexes, me démontra que les choses avaient dû se passer suivant un autre mécanisme.

En effet, je trouvai l'uretère gauche dans sa position normale : seulement, il s'ouvrait vers la partie postérieure de la vessie, qui était revenue sur elle-même au point de présenter à peine quatre centimètres d'étendue dans ses diamètres transversaux et antéro-postérieurs. A partir de l'endroit où l'uretère débouchait dans la vessie, il s'était formé une rigole profonde, dont la paroi inférieure correspondait aux parties de l'ancienne fistule que l'opération avait oblitérées, et qui conduisait directement à la région qui avait constamment cédé après la suture. Aux environs de la rigole, la muqueuse vésicale était fortement plissée, ce qui semblait indiquer qu'une certaine dilatation de la vessie y était possible et avait même peut-être existé. La portion persistante de la fistule paraissait s'être agrandie depuis la dernière opération, probablement par suite d'un processus ulcératif provoqué par l'érysipèle. Cet orifice conduisait dans la rigole par une espèce d'infundibulum tapissé d'une membrane muqueuse. Dans la paroi droite de l'infundibulum se trouvait creusé un petit conduit, ouvert en avant vers la vulve et en arrière dans la vessie. A la distance d'un demi-centimètre environ de ce dernier pertuis, et toujours à droite, existait l'orifice interne du canal de l'urèthre, beaucoup plus petit que la rigole qui aboutissait à la partie persistante de la fistule, et tellement peu marqué qu'il fallait une certaine attention pour le découvrir. L'uretère droit s'ouvrait, comme de coutume, à droite et en arrière du col vésical.

Le vagin ayant été incisé à droite dans toute sa longueur, je constatai que la lèvre postérieure du col utérin était fortement rejetée en arrière, tandis que l'antérieure, devenue moins étendue que l'autre, se confondait avec la

région voisine de la fistule parfaitement obturée. La cavité du col utérin était largement ouverte. Cet organe était attiré en avant, comme pour aller à la rencontre de la portion de fistule oblitérée. Toute l'étendue du cloaque qui avait été fermé par les trois premières opérations était devenue solide et ferme, et il était presque impossible d'y constater une cicatrice. Une partie de son pourtour restait encore un peu adhérente aux os, mais on pouvait cependant lui imprimer de légers mouvements de glissement. A la vulve, on reconnaissait encore les traces de l'inflammation qui avait attaqué cet organe et l'on y rencontrait çà et là des plaques minces de tissu gangréné. A droite du clitoris existait une ulcération profonde aboutissant à un cul-de-sac. Le canal de l'urèthre, très-étroit, était fortement détourné à droite. Le clitoris, autrefois très-voisin de l'orifice fistuleux persistant, s'en trouvait maintenant séparé par un espace assez grand, légèrement ulcéré. La cavité péritonéale du bassin était exempte de toute trace d'inflammation.

Ces particularités nécroscopiques, tout en confirmant la réalité de la réunion de la plus grande partie de l'énorme fistule que j'avais eu à combattre, me permirent de comprendre enfin la raison des singularités qui avaient été observées pendant le traitement. En effet, il est évident que l'urine des deux uretères allait naturellement se diriger vers la rigole du côté gauche de la vessie; arrivée là, elle se portait au dehors par la voie la plus courte et la plus directe, qui était celle que lui présentait cette rigole, et elle n'avait aucune tendance à sortir par le canal de l'urèthre, dont l'orifice vésical, très-étroit, était défavorablement placé sur une partie convexe et assez élevée de la poche urinaire. Après la suture, l'urine était venue s'engouffrer dans le cul-de-sac formé par la partie antérieure de l'infundibulum et avait exercé contre lui tous ses efforts,

tandis qu'elle n'avait passé qu'avec difficulté par la sonde engagée obliquement dans la vessie par le canal de l'urèthre: de là les ténesmes vésicaux, qui avaient fini par briser les adhérences établies et qui avaient déterminé l'expulsion de la sonde. En un mot, la disposition des parties était tellement changée, que le véritable canal d'évacuation de l'urine était devenu l'infundibulum existant à l'angle antérieur de la fistule, tandis que l'urèthre était converti en une espèce de conduit accessoire, incapable, à cause de sa direction vicieuse, de remplir, même avec le secours du cathéter, les fonctions qui lui sont ordinairement dévolues.

SIXIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Nombreuses opérations pratiquées sans succès par d'anciens procédés. — Guérison après une opération faite d'après la méthode américaine.

Madame V..., de Termonde, âgée de 30 ans environ, d'un tempérament lymphatique mais d'une bonne constitution, vint me trouver, en juillet 1863, pour me prier d'opérer une fistule vésico-vaginale qui, depuis quatre ans, la tourmentait à un tel point, qu'elle avait été obligée de se séquestrer presque complétement et de se borner à ne voir que ses plus proches parents.

Cette dame avait eu un premier accouchement il y a huit ans. Il avait été très-long et très-pénible et avait nécessité l'application du forceps. Cependant elle s'en était assez bien rétablie ainsi que l'enfant, qui, quoique malade

en naissant, avait insensiblement récupéré la santé et se trouve encore aujourd'hui bien portant.

Depuis, Madame V... avait eu huit couches, lesquelles avaient présenté cette circonstance remarquable que, chaque fois, l'enfant était venu à une époque moins rapprochée du terme ordinaire. Les premiers enfants avaient seuls vécu quelques jours ou quelques heures et les derniers étaient mort-nés.

Il y a quatre ans, à sa cinquième couche, le forceps dut, comme à l'ordinaire, être appliqué, et les tractions qu'il fallut exercer furent tellement violentes, que l'instrument glissa sur la tête et s'échappa par trois fois. Il fut réappliqué une quatrième, mais l'accoucheur, s'étant blessé à la main, le laissa dans la matrice pour éviter l'obligation d'une nouvelle introduction. Il attendit ainsi patiemment, depuis sept heures du soir jusqu'à trois heures du matin, que les contractions de la matrice eussent fait descendre la tête; alors, après de nouveaux efforts, il parvint à extraire un enfant qui, d'après les apparences, devait être mort depuis plusieurs heures. A la suite de cet accouchement, la patiente ne ressentit que des douleurs locales, qui, le troisième jour, furent accompagnées de l'écoulement des urines par le vagin et de la suppression de leur passage par le canal de l'urèthre.

Six semaines après, un chirurgien visita le vagin et reconnut, au voisinage du col utérin, une fistule du diamètre d'une pièce d'un franc, qu'il résolut de traiter par les caustiques. Il employa une première fois le fer rouge; mais la malade s'étant refusée à de nouvelles applications de ce moyen thérapeutique, il eut recours ensuite à d'autres agents, la pierre infernale, le nitrate acide de mercure, etc. Cette médication, qui fut réitérée un grand nombre de fois et continuée pendant sept à huit mois, eut pour résultat la réduction du diamètre de la fistule à celui d'une grosse

lentille, mais elle n'exerça aucune influence sur les incommodités de la patiente. Le seul changement obtenu fut la possibilité de retenir l'urine pendant très-peu de temps et d'en évacuer une certaine quantité pendant la station debout. Dans la position couchée, le liquide continuait à couler comme auparavant.

Sur ces entrefaites, Madame V... devint de nouveau enceinte, et cette circonstance contraria un peu les tentatives de guérison par la cautérisation : celle-ci ne fut continuée que d'une manière fort irrégulière. Un avortement eut lieu à six mois et demi.

Peu de temps après survint une nouvelle grossesse. A peu près vers le troisième mois de la gestation, il y a environ deux ans et demi, la malade se confia aux soins éclairés d'un chirurgien habile, qui mit d'abord en usage un procédé de suture enchevillée pratiquée au moyen de fils de lin ; elle échoua, la réunion immédiate n'ayant pas eu lieu et les fils ayant traversé les tissus. A cinq mois et demi, la malade avorta de nouveau.

On fit alors une nouvelle opération, dans laquelle la pince de M. le professeur Soupart fut mise en œuvre. Au bout de cinq à six jours cet instrument fut enlevé, mais la fistule n'en avait pas été modifiée. Après cet échec, on en revint à la première opération, qui n'eut pas un meilleur résultat, puisque, vers le deuxième jour déjà, l'opérée avait senti couler l'urine par la fistule et que, le cinquième, les fils, après avoir traversé les lèvres de la plaie, étaient tombés avec l'appareil tout entier et étaient sortis spontanément du vagin.

Dès ce moment, le découragement s'empara de la pauvre patiente, qui, voyant l'inutilité de toutes les tentatives faites en vue de la guérir, fatiguée de la position horizontale qu'on lui faisait garder dans son lit depuis près de sept mois, se refusa désormais à tout traitement et se contenta, pour obvier autant que possible aux désagré-

ments de son infirmité, de porter un petit appareil confectionné par un bandagiste de Bruxelles. Deux ans se passèrent dans cette pénible situation. Pendant ce laps de temps, elle eut encore deux avortements, l'un à quatre mois, l'autre à trois mois de grossesse. Cependant, environ deux mois après sa dernière fausse couche, elle eut connaissance des succès que j'avais obtenus par l'application de la méthode américaine, et, renaissant à l'espoir, elle résolut de s'accrocher à cette dernière planche de salut. Elle vint donc s'installer à Bruxelles pour s'y confier à mes soins.

Je l'examinai avec toute l'attention que comportait un cas si intéressant et constatai à la partie la plus élevée du vagin, tout près du col utérin, l'existence d'une fistule arrondie, du diamètre d'un centimètre environ. L'ouverture en était placée près de la ligne médiane, mais un peu à gauche; le col de la matrice était effacé et en partie formé, ainsi que toutes les parties voisines de la fistule, d'un tissu cicatriciel dur et inégal, indice des eschares et des opérations dont cette région avait été le siége. La muqueuse vésicale faisait hernie par l'orifice, et une grande quantité d'urine s'échappait par celui-ci quand on en écartait les bords au moyen d'une sonde. Les grandes lèvres, les fesses, la partie supérieure des cuisses étaient rouges, excoriées, douloureuses, malgré les soins de propreté les plus minutieux que la malade n'avait jamais négligés.

Je procédai à l'opération le 26 juillet, en présence de MM. les docteurs Wimmer, Poirier, Max et Roger.

La patiente ayant été placée dans le décubitus latéral, l'avivement fut pratiqué en partie sur la paroi vaginale, en partie sur le col utérin et sur le tissu cicatriciel coriace qui bordait la fistule. A plusieurs reprises il fallut attaquer les couches déjà avivées à une plus grande profondeur, pour arriver à une substance suffisamment vasculaire. L'introduction des aiguilles fut assez difficile, vu la grande

résistance du tissu qu'elles devaient traverser en certains endroits; plusieurs d'entre elles se brisèrent même pendant leur introduction, et il fut assez difficile d'en dégager la pointe de la profondeur de la lèvre supérieure de la plaie. Quinze points de suture furent placés. Une sonde, introduite par le canal de l'urèthre dans la vessie, servit de guide, tant pour empêcher de pousser l'avivement trop profondément que pour faire éviter l'introduction des fils dans la cavité urinaire. Après la réunion, je constatai que la ligne résultant de l'affrontement des lèvres formait une légère courbe dirigée un peu obliquement de gauche à droite et de bas en haut.

Après cette opération, qui avait duré une heure trois quarts, la patiente fut mise au lit avec les précautions ordinaires, les genoux soulevés et légèrement écartés. Une sonde d'étain fut introduite dans la vessie et l'urine reçue dans un vase contenant une éponge, etc. Je fis administrer deux centigrammes d'acétate de morphine, à répéter le soir au besoin. Régime animal, trois repas par jour.

27 juillet. La nuit a été bonne, mais sans sommeil. Point de fièvre; appétit excellent. Madame V... insiste sur la différence de son état actuel avec celui qui suivait les opérations précédentes. Elle n'éprouve aucune autre douleur qu'un peu de courbature produite par la position qu'elle a gardée pendant l'opération; elle n'a ni ténesmes ni sensation d'écoulement dans le vagin; l'urine est rendue claire et limpide.

28 juillet. L'opérée a passé une bonne nuit. Son état général est excellent. La sonde a une grande tendance à se retourner, quoi qu'on fasse pour la maintenir droite. Les urines sont devenues un peu louches.

29 juillet. Introduction d'une nouvelle sonde, à laquelle je donne une autre courbure. Deux poudres d'acétate de morphine comme les jours précédents.

30 juillet. Tout est en bon état. La sonde ne se retourne plus.

31 juillet. Continuation.

1er août. L'urine a cessé de couler depuis quatre heures et demie du matin jusqu'à huit heures, la sonde étant bouchée par des mucosités et un peu de sang mêlés à des dépôts urinaires. Après l'avoir enlevée et nettoyée, je la remets et obtiens environ cent vingt grammes d'urine. En changeant les alèzes, j'aperçois une phlyctène qui s'est formée à la fesse gauche; des mucosités jaunâtres s'écoulent en abondance par le vagin. Poudre de lycopode sur les alèzes.

2 août. Le canal de l'urèthre est devenu sensible à l'introduction de la sonde, qui s'est encore bouchée comme la veille.

4 août. Tout marche à souhait. La constipation a été maintenue jusqu'aujourd'hui, grâce à l'administration journalière de l'acétate de morphine. L'appétit s'est parfaitement conservé et la fièvre a été nulle. J'enlève les fils. La fistule paraît guérie. Je cesse l'introduction de la sonde à demeure et fais pratiquer le cathétérisme cinq fois par jour.

6 août. Suppression du cathétérisme. Madame V... retient ses urines pendant quatre heures, puis les expulse volontairement. J'examine le vagin et ne découvre plus aucun pertuis au niveau de la fistule. Je permets à l'opérée de se lever.

7 août. Sur la demande de la patiente, j'administre un purgatif qui opère dans la journée.

Quelques jours après, à la suite d'une visite qui fait constater une guérison parfaite, Madame V... retourne à Termonde, débarrassée radicalement de son infirmité.

Par une lettre datée du 11 mars 1870, Madame V... me donne les renseignements suivants :

« Je n'ai plus que le souvenir de la cruelle infirmité
» dont vous m'avez si heureusement délivrée. Il ne me
» reste ni gêne, ni le moindre inconvénient; je suis en un
» mot ce que j'étais avant ce cruel accident... Il n'y a que
» les règles qui, depuis l'opération, ont cessé de fonctionner
» régulièrement. Pendant le temps que je portais la fistule,
» elles venaient aux époques voulues; mais depuis, je les
» ai toutes les trois semaines, d'autres fois elles retardent
» de six à sept semaines, sans que pour cela j'en éprouve
» le moindre dérangement.

» Depuis l'opération je suis devenue quatre fois enceinte;
» malheureusement toutes mes grossesses se sont terminées
» par des fausses couches et des hémorrhagies. Chose à
» remarquer, c'est que chaque fois mes grossesses dimi-
» nuaient de durée. La première fausse couche a eu lieu
» après six mois de grossesse, la deuxième après quatre,
» la troisième après trois, et la dernière après deux mois.
» La première grossesse est survenue quatre mois après
» l'opération; depuis deux ans et demi, je n'ai plus été
» enceinte. »

SEPTIÈME OBSERVATION.

GRANDE FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Deux opérations. — Formation d'une nouvelle fistule vésicale cervico-utérine. — Hémorrhagies. — Persistance d'un petit pertuis.

Thérèse De K..., de Buggenhout (Flandre orientale), âgée de 39 ans, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament sanguin, a eu deux enfants d'un premier ma-

riage. Ses couches ont été très-faciles et très-heureuses. Mariée pour la seconde fois il y a cinq ans, elle est encore devenue enceinte. La grossesse s'est passée sans accidents et l'accouchement s'est fait à terme; mais le travail a été long et très-douloureux. La sage-femme, voyant qu'après trois jours de souffrance l'accouchement ne se terminait pas, fit appeler le docteur du village, qui appliqua le forceps à deux reprises, une fois à minuit et une autre dans la matinée. Ses premières tentatives furent d'abord vaines; mais, ayant attaché un lacs aux manches du forceps, il le confia à la sage-femme en lui recommandant de tirer pendant que lui-même agirait sur l'instrument, et il parvint ainsi à amener un enfant mort, dont la tête, au dire de la femme, était très-volumineuse. L'accouchement fut suivi immédiatement d'hémorrhagie; de plus, l'accouchée dut rester de cinq à six semaines au lit pour une maladie dont elle ne peut autrement rendre compte qu'en disant qu'elle la faisait beaucoup souffrir du ventre et qu'elle l'empêchait de manger. Les règles furent près d'un an à reparaître, mais insensiblement elles reprirent leur cours, et aujourd'hui elles sont redevenues faciles et non douloureuses.

Trois ou quatre jours après l'accouchement, la femme s'aperçut de l'existence, par le vagin, d'un écoulement d'urine qui depuis ce moment ne cessa plus; dans le principe, le liquide se mêlait à l'écoulement lochial, plus tard il se montra constamment accompagné d'un suintement sanieux et mucoso-purulent.

Lors de mon premier examen, la malade exhale une odeur infecte; la peau des cuisses, de la vulve et des parties voisines est excoriée, macérée, eczémateuse; les plis de l'anus surtout sont le siége de fissures qui s'accompagnent de leurs symptômes ordinaires, défécation très-douloureuse, selles dures, constipation volontaire, etc. L'exploration au moyen de la sonde et du spéculum fait découvrir une

inflammation chronique du vagin, du eol utérin et de la vessie. Dans le fond du vagin on voit celle-ci former un énorme ehampignon boursouflé, fongueux et suppurant, faisant hernie à travers l'ouverture de la fistule. Il est assez difficile de refouler ce ehampignon et encore plus difficile de le maintenir réduit; mais, quand on y est parvenu, on voit que l'orifice qui lui livre passage présente à peu près le diamètre d'une pièee de einq francs. La direction de la fistule est oblique à partir du côté droit du eol utérin jusque vers la partie moyenne gauche du vagin. Sa forme est eelle d'un ovale dont le grand axe est dirigé dans le sens qui vient d'être indiqué. Le bord supérieur en est épais et confondu avec le col utérin; l'inférieur est minee et presque tranehant.

Dans eet état de choses, on eonçoit que je devais m'attendre à de grandes difficultés. La hernie de la vessie, la presque irréduetibilité du champignon qu'elle formait, l'étendue de la fistule, sa position au fond du vagin, ses connexions avee le eol utérin, tout cela devait singulièrement eompliquer le mode opératoire et diminuer les chances de sueeès.

Résolu cependant à passer outre, je procédai à l'opération le 24 novembre 1863. Une anse de fil fut d'abord engagée dans le milieu des deux lèvres de l'ouverture fistuleuse, et les deux chefs, ramenés à l'extérieur, en furent eonfiés à un aide. Elle procura le double avantage de maintenir rapproehés les deux bords de l'orifice en fermant toute issue au champignon vésieal, et de faeiliter l'abaissement de la région sur laquelle devait porter la manœuvre chirurgieale.

Tout étant ainsi disposé, l'avivement est pratiqué, en arrière aux dépens du eol utérin, qui est rafraîchi au moyen du ténotome et des eiseaux, en avant sur la substance vaginale, pour laquelle ee dernier instrument suffit. Treize points de suture sont ensuite appliqués; dix d'entre

eux n'intéressent que le vagin, tandis que trois autres embrassent simultanément la paroi vaginale et la substance du col de la matrice. Ces deux temps de l'opération sont surtout rendus laborieux par la grande dureté du col, dont une partie est transformé en un tissu fibreux si tenace que, malgré toutes les précautions prises, plusieurs aiguilles se brisent en le traversant et que la pointe de l'une d'elles ne peut en être retirée. Une autre cause de désagréments, d'obstacles et de lenteur dans la manœuvre opératoire, est l'apparition d'une hémorrhagie en nappe qu'il est impossible d'arrêter avant le serrement des fils.

La suture terminée a la forme d'une longue ligne régulière, s'étendant obliquement en bas et à gauche, en longeant et comprenant dans son trajet le côté droit de la lèvre antérieure du col de l'utérus. Une injection poussée dans la vessie démontre que l'oblitération hermétique de la fistule est effectuée. La malade est placée dans la position ordinaire et soumise à l'usage de la sonde d'étain maintenue à demeure.

Les suites de l'opération sont d'abord favorables. Pendant les six premiers jours, il ne s'écoule du vagin qu'un peu de liquide mucoso-purulent, produit de l'ancienne inflammation du col utérin et du vagin. La sonde donne issue à une urine brune, trouble, déposant aussi du muco-pus, ce qui s'explique par l'état antérieur de la portion de vessie herniée dans le vagin. L'instrument est souvent retiré et nettoyé et j'en change fréquemment la courbure. Malgré tous les soins employés il est impossible de le maintenir convenablement en place, car la femme, qui est d'une intelligence extrêmement bornée et de plus très-déraisonnable, y touche à tout moment et se tourne et retourne sans tenir aucun compte des recommandations qui lui sont faites. A plusieurs reprises on trouve la sonde sortie et la vessie remplie d'urine. Je finis même par être

obligé de renoncer au cathétérisme permanent et par me résigner à ne faire évacuer la vessie que quatre ou cinq fois par jour.

Jusqu'au 30 novembre, malgré toutes ces imprudences et ces contre-temps, l'urine avait cessé de couler par le vagin et la constipation avait pu être maintenue par les moyens ordinaires, c'est-à-dire en employant le régime animal et l'acétate de morphine. Mais ce jour-là, la femme, sans prévenir personne, cède au besoin d'aller à la selle, et, dans les efforts qu'elle fait pour expulser des matières dures et accumulées, rompt probablement quelques points de suture, car, à partir de ce moment, les urines recommencent à couler par la vulve. Le lendemain, je constate que trois fils, situés au centre de la ligne de réunion, ont traversé une lèvre de la plaie et donné ainsi naissance à une ouverture par laquelle s'échappe une petite nappe de liquide urinaire; partout ailleurs les fils tiennent ferme. La réunion immédiate ayant ainsi échoué, je ne crois pas nécessaire d'attendre l'époque ordinaire de la levée des fils et je les retire tous successivement, abandonnant à la nature le reste de la cicatrisation.

Une opération complémentaire était devenue nécessaire Je ne jugeai pas convenable de la faire avant que les parties eussent récupéré leur fermeté et leur résistance. D'ailleurs l'opérée se trouvait dans de telles conditions d'agitation, de démoralisation et d'insubordination, qu'il eût été impossible d'y procéder sans lui faire courir de véritables dangers. Je la renvoyai donc à son village, en lui faisant promettre de revenir plus tard pour me permettre de terminer le traitement.

Le 12 mars 1864, elle rentre à l'hôpital, où un nouvel examen fait découvrir des complications imprévues qui doivent faire naître de nouvelles difficultés. Voici dans quel état se trouve la région du fond du vagin :

En dessous et à gauche du col utérin existe une ouverture oblique en bas et à gauche, assez grande pour permettre l'introduction du doigt. Je vois à peine la trace de la première fistule, qui s'étendait si loin vers la paroi latérale gauche du vagin. Le col est très-rapproché de la portion de fistule restante; il est effacé et le cul-de-sac vaginal antérieur a complétement disparu. Une bonne portion du museau de tanche qui entrait dans la composition de l'ancienne ouverture est cicatrisée : mais, en examinant bien, je trouve dans cette cicatrice un nouveau trajet fistuleux, assez large pour admettre une plume de corbeau, et qui, venant de la vessie, traverse la paroi antérieure du col et va s'ouvrir dans la cavité même de cet organe. Il en résulte qu'au lieu d'une fistule qui existait d'abord il y en a maintenant deux, qui sont séparées l'une de l'autre par un pont formé de la substance même du col, qu'il faudra intéresser pour pouvoir fermer l'issue à l'urine; cette nécessité exposera probablement, comme la première fois, à tous les inconvénients d'une hémorrhagie.

J'attaquai ces difficultés le 15 mars. Avant de commencer l'opération proprement dite, je passai une anse de fil à travers le pont qui séparait les deux orifices fistuleux et je me servis ainsi de la complication même pour attirer facilement vers l'extérieur la région où devait porter l'avivement. Celui-ci est d'abord pratiqué sur la lèvre inférieure, puis prolongé vers les angles, où les ciseaux rencontrent un tissu cicatriciel extrêmement dur. L'aide attire ensuite fortement en bas le pont de substance intermédiaire aux deux fistules, que j'incise verticalement vers son milieu avec le ténotome, en ayant soin d'en laisser intacte la paroi vésicale; je saisis successivement de chaque côté les lèvres résultant de cette incision et je les avive de telle sorte que, d'une part, elles viennent rejoindre les angles du bord saignant déjà formé, et que, de l'autre, l'excision

comprenne le trajet fistuleux ouvert dans la cavité du col; je prolonge ensuite l'avivement jusqu'à environ sept millimètres au delà du pourtour supérieur de la fistule vésicale cervico-utérine. Ce temps de l'opération, qui est pratiqué tantôt avec le ténotome tantôt avec les ciseaux, donne à la totalité de la plaie une forme triangulaire; la lèvre inférieure en est simple, légèrement oblique à gauche et en bas, tandis que la lèvre supérieure est formée de deux parties constituées presque entièrement de tissu utérin, qui se réunissent sous un angle aigu vers le milieu de la paroi antérieure du col.

Pour opérer la réunion de ces bords, les fils, à partir de chacun des angles extrêmes des parties avivées, sont passés à travers la lèvre inférieure du triangle et les deux parties correspondantes des bords appartenant au col : cette lèvre est ainsi attirée insensiblement vers le fond de l'angle supérieur de la plaie. Arrivée là, la suture est terminée par deux points transversaux qui embrassent en même temps les deux côtés de l'angle et la portion de la lèvre inférieure qu'il intercepte. Ces deux points paraissent indispensables pour assurer la cicatrisation en cet endroit, car c'est là, sans aucun doute, que l'adhésion se fera le plus difficilement, vu la tendance qu'aura la lèvre inférieure à reprendre son emplacement primitif. La manœuvre chirurgicale est constamment contrariée par la petite hémorrhagie que j'avais prévue. Seize points de suture sont nécessaires pour mener à bonne fin cette opération, qui dure près de trois heures. Pour passer les aiguilles, je me sers pour la première fois d'un porte-aiguille dont les mors, formant une étoile de rainures qui permet d'y fixer l'aiguille dans toutes les directions voulues, sont maintenus rapprochés par l'action d'un ressort à cliquet.

Le cathétérisme ayant été pratiqué après l'opération, une injection poussée dans la vessie indique que la réunion est

complète. Le traitement consécutif ordinaire est institué.

Le lendemain 16 mars et les jours suivants, l'opérée se trouve dans un état très-satisfaisant. Elle est devenue aussi raisonnable qu'elle l'avait été peu la première fois.

21 mars. Je vérifie l'état des parties et je trouve que pas une goutte d'urine ne s'échappe par le vagin. La sonde, qui était obstruée, est nettoyée; après sa réintroduction, un jet d'urine s'écoule à l'extérieur : tout semble donc promettre une guérison complète. Cependant, au commencement de la nuit suivante, sans autres symptômes précurseurs qu'un peu d'agitation et de céphalalgie, il survient une assez forte hémorrhagie, le vagin se remplit de caillots et un peu de sang sort par la sonde avec l'urine. Cette hémorrhagie s'arrête d'elle-même et ne se renouvelle pas le lendemain; mais la sortie de l'urine par la sonde diminue et celle par le vagin reparaît : il est donc vraisemblable que l'écoulement de sang, dont le siége n'a pu être que le col de la matrice, a dû se frayer une route à travers les points de suture, et rétablir ainsi la communication entre le vagin et la vessie.

23 mars. L'examen direct confirme cette supposition et fait reconnaître que les deux fistules sont cicatrisées, ainsi que le pont qui les séparait, mais que, dans l'angle supérieur de la suture, il persiste un pertuis autour duquel se trouvent des bords livides, flasques, embrassés par des fils entièrement relâchés. Ne pouvant plus compter sur l'occlusion de cette ouverture, j'enlève tous les points de suture et j'abandonne la cicatrisation à elle-même.

Il n'y avait pas à songer pour le moment à une nouvelle opération; je pris donc le parti de renvoyer encore une fois la femme à la campagne, en lui recommandant de revenir pour subir le supplément de traitement qui restait encore à instituer. Malheureusement elle ne tint pas compte de mes conseils et je ne la vis plus reparaître.

M. le pharmacien Van Baveghem, qui m'avait adressé cette femme, m'a fait connaître récemment les circonstances impérieuses qui l'ont empêchée de se représenter à l'hôpital. Il a eu en outre l'obligeance de prendre chez elle de nouvelles informations dans le courant du mois de mars 1870. Il résulte de ces renseignements que la malade continue à perdre ses urines, mais que cependant elle peut plus ou moins les retenir dans la position assise ou quand elle est penchée en avant. Ses menstrues ont reparu fort irrégulièrement; depuis la dernière opération, elle n'est plus devenue enceinte.

HUITIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE DU BAS-FOND DE LA VESSIE.

Une opération. — Guérison.

Virginie P..., de Gand, ménagère, âgée de 26 ans, d'une petite taille mais d'une bonne constitution, s'est accouchée, il y a deux ans, de son premier enfant. Ses couches ont été très-pénibles : le travail a duré plus de trois jours, et ce n'est qu'après une heure de manœuvres au moyen du levier flamand que l'on a amené un enfant mort. Les suites de l'accouchement furent encore plus malheureuses, car la femme resta malade pendant près de huit mois. Cependant les lésions produites localement ne firent naître le symptôme caractéristique de la fistule, c'est-à-dire l'écoulement de l'urine par le vagin, que vers le quinzième jour après la délivrance.

Une seconde grossesse, survenue un an et demi après

ces premières couches, fut manifestement influencée d'une manière fâcheuse par la fistule et par les souffrances morales et physiques dont elle était la cause. La gestation fut des plus pénibles et se termina, vers le septième mois, par l'expulsion d'un enfant non viable.

Entrée à l'hôpital le 23 février 1864, cette femme me dit qu'elle avait souvent, mais inutilement, cherché à se faire guérir de sa maladie. Il y a un an environ, elle s'était adressée à un chirurgien fort renommé, mais celui-ci n'avait pas cru devoir lui cacher le peu de chances que lui présentait l'opération à laquelle il pourrait la soumettre. Fort peu encouragée par cet avertissement, elle ne voulut pas subir une tentative chirurgicale aussi incertaine; elle allait peut-être se résigner à sa malheureuse existence, lorsque quelques personnes lui parlèrent des succès qui avaient été obtenus par l'emploi d'une nouvelle méthode, et lui firent prendre la résolution de venir me demander de l'y soumettre.

L'inspection du vagin me fit constater, juste au niveau du bas-fond de l'organe urinaire, une large ouverture presque transversale, s'inclinant seulement un peu à gauche et en bas. Cette ouverture était assez grande pour recevoir facilement deux doigts; elle laissait passer un fort bourrelet de muqueuse vésicale et était le siége d'un écoulement continuel d'urine. Il n'y avait donc pas ici possibilité de retenir pour quelques moments une petite quantité d'urine, comme on le voit souvent quand la fistule est placée dans d'autres régions.

Je pratiquai l'opération à la clinique du 1er mars. En exposant aux élèves les différentes particularités du mode opératoire que j'allais suivre, j'insistai surtout sur ce point facile à démontrer : que la fistule était tellement située qu'en l'opérant par les anciennes méthodes, on aurait été évidemment exposé à blesser les uretères, tandis qu'en pratiquant l'avivement sur la paroi vaginale seule, on

pouvait facilement éviter ce danger. Pendant l'opération, le bourrelet de muqueuse vésicale fut maintenu vers l'intérieur de la poche urinaire au moyen d'une sonde introduite par le canal de l'urèthre. L'avivement fut fait en commençant par l'angle gauche de la fistule. Douze points de suture furent placés de manière à donner à la ligne de réunion une direction assez régulièrement transversale. Tous les fils ayant été couchés en avant dans un ordre symétrique, une injection fut poussée dans la vessie et fit constater que l'occlusion de la fistule était complète.

Jamais opération ne fut plus facilement supportée; jamais non plus les suites d'une plaie chirurgicale ne furent plus bénignes ni plus heureuses. L'opérée, pendant toute la durée de la manœuvre opératoire, ne poussa pas un cri, ne fit pas entendre une seule plainte; elle ne cessa de conserver sa gaieté et rit de bon cœur des plaisanteries qu'elle faisait ou entendait faire.

Placée dans son lit, après l'introduction préalable d'une sonde à demeure, elle n'eut ni réaction, ni perte d'appétit, ni douleurs d'aucune espèce. La sonde fut retirée tous les jours pour être nettoyée dans une solution de potasse caustique; chaque fois, après sa réintroduction, il s'écoula un flot de liquide. J'eus soin de donner de nouvelles courbures à l'instrument pour changer les points de contact de son bec dans l'intérieur de la vessie. A différentes reprises, deux centigrammes d'acétate de morphine furent administrés quand il y avait quelques menaces de garde-robe. La constipation fut ainsi maintenue jusqu'à l'époque de l'enlèvement des fils.

Je procédai à cette opération le 10 mars. L'extraction du dernier fil de gauche donna lieu à un petit écoulement de sang qui me fit d'abord craindre qu'il n'y eût là un point faible par où une perforation pourrait se faire sous l'influence de quelqu'effort venu de la vessie. Cette crainte me

fit encore maintenir la sonde en place pendant plusieurs jours. Le 14, j'examinai de nouveau la femme avec la plus grande attention et j'eus la satisfaction de me convaincre que la cicatrisation était parfaite. J'enlevai la sonde pour ne plus pratiquer que le cathétérisme intermittent. Dans la journée, l'opérée eut spontanément une première selle. Les jours suivants, la miction s'exécuta normalement sans le secours du cathétérisme. Enfin, le 17 mars, une dernière visite fut faite à la clinique et démontra que la guérison était tellement parfaite, qu'à peine pouvait-on trouver la place de la ligne cicatricielle. Virginie P... sortit le même jour de l'hôpital aussi bien portante que si elle n'eût subi aucune opération.

On m'a donné, le 11 mars 1870, des nouvelles de cette opérée. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle s'est accouchée deux fois à terme et naturellement, la première fois une année à peine après l'opération; les fonctions urinaires n'en ont nullement été influencées. La miction n'a pas cessé de se faire d'une manière normale. La femme jouit d'une santé excellente.

NEUVIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE ; ADHÉRENCES AUX PAROIS PELVIENNES.

Une opération. — Guérison.

Virginie A..., de Bruxelles, âgée de 29 ans, d'une constitution bonne et robuste, entre à l'hôpital le 6 juin 1864.

Cette femme s'est accouchée pour la première fois le

23 février de cette année, et, quoique ses couches aient été très-longues et très-douloureuses, a donné naissance à un enfant vivant et bien portant. A la suite d'une grande frayeur, la poche des eaux s'est rompue prématurément; de fortes douleurs en ont été la suite et se sont prolongées pendant près de trois semaines sans amener de résultat. Enfin, les accoucheurs, malgré la position favorable de l'enfant, ont dû employer le forceps et, à ce qu'il paraît, exercer de violents efforts, puisqu'après l'accouchement la tête de l'enfant était fortement contusionnée et qu'une de ses oreilles était presque complétement détachée. Immédiatement après l'opération, la femme a senti qu'elle perdait les urines par le vagin.

Depuis cette époque, la malade n'a pas cessé de souffrir et a dû constamment garder la chambre. L'écoulement continuel de l'urine sur les parties externes de la vulve, sur la marge de l'anus et sur la région interne des cuisses, a produit une irritation extraordinaire et des altérations très-douloureuses de ces parties. Le derme en est hypertrophié et présente l'aspect d'une réunion de grosses papilles entrecoupées de nombreuses fissures. Aussi les douleurs, au moindre contact et surtout pendant la défécation, sont-elles insupportables. La marche est devenue presque impossible, et ce n'est que courbée en avant comme une vieille femme et en écartant les cuisses que la malade peut faire quelques pas. On a employé contre cet état diverses pommades et des cautérisations superficielles, mais la persistance de la cause a rendu ces moyens impuissants.

A l'entrée de cette femme à l'hôpital, je constate, au milieu de l'espace étendu du col utérin au méat urinaire, une fistule assez grande pour admettre le doigt indicateur et présentant son plus grand diamètre dans le sens transversal. Par cet orifice s'écoule constamment une certaine quantité d'urine; cependant quand on en écarte les bords,

il s'échappe une nappe de liquide plus abondante, ce qui prouve qu'une certaine accumulation peut encore avoir lieu dans le bas-fond de la vessie. L'angle droit de la fistule est tiraillé par des adhérences cicatricielles profondes qui l'attachent aux parois du bassin et déterminent en cet endroit la formation d'une fossette allongée.

La femme ayant eu ses règles il y a huit jours et se trouvant présentement dans un état de santé relativement satisfaisant, je me décide à pratiquer l'opération le 9 juin.

L'avivement ne présente rien de particulier, sauf quelques difficultés plus grandes dans l'angle où existent les adhérences. Pour ne point m'exposer à un affrontement insuffisant en ce point, je mets beaucoup de temps et de soin à bien réséquer le fond de la fossette, et je prolonge le rafraîchissement des bords de cet angle beaucoup plus loin que de l'autre côté. Je réunis les lèvres de la plaie au moyen de dix points de suture; cette réunion se faisant d'avant en arrière de manière à produire une ligne cicatricielle dirigée de droite à gauche, il en résulte que les adhérences aux parois du bassin, qui ont la même direction, ne gênent point le rapprochement et ne produisent aucun tiraillement sur les fils. J'évite ainsi la nécessité d'exécuter un débridement sur les adhérences, et par conséquent je tourne une difficulté sérieuse, qui n'eût pas manqué de m'embarrasser si j'eusse opéré l'adaptation dans un autre sens.

Presque chaque cas de fistule présente des particularités, et pour ainsi dire une physionomie qui lui est propre. Chez cette patiente, toutes les difficultés de l'opération, toutes les douleurs proviennent de la sensibilité excessive des parties génitales externes. Elle ne se plaint pas et elle semble à peine s'apercevoir de l'avivement et de la suture; mais l'introduction et le maintien du spéculum, la moindre pression et le contact le plus léger sur la vulve ou sur les

parois de la marge de l'anus suscitent des plaintes, des cris et des mouvements convulsifs qui compliquent et prolongent singulièrement la manœuvre chirurgicale; celle-ci n'est achevée qu'après une heure et demie.

La suture terminée, je m'assure, par une injection d'eau tiède dans la vessie, que la fistule est complétement bouchée; je place la femme au lit où je la soumets à la position ordinaire et au cathétérisme permanent.

Pendant la journée la malade est très-bien. Elle sommeille et en se réveillant demande à manger. On lui donne une côtelette et un œuf.

Le soir, deux centigrammes de morphine.

Le lendemain, 10 juin, état satisfaisant, pas de réaction fébrile. Beefsteak.

Le soir, l'opérée prend une tartine avec un peu de bière; la digestion ne s'en fait pas bien et il survient des coliques assez fortes avec ballonnement du ventre. Poudre de morphine.

11 juin. Ventre sensible et météorisé. L'opérée se plaint d'un sentiment pénible de constriction, de renvois et de borborygmes; l'anus est spasmodiquement contracté, mais les douleurs provenant des excoriations externes sont déjà moindres. — Je nettoie et replace la sonde; après son introduction, il sort deux ou trois onces de liquide. — Œuf, côtelette, eau rougie. Matin et soir une poudre de morphine.

12 juin. Il y a encore des douleurs abdominales et du météorisme. La constipation s'établit avec peine, ce qui est assez étonnant puisqu'antérieurement, pour éviter les douleurs résultant de la défécation, la femme restait quelquefois jusqu'à neuf jours sans aller à la selle. Peut-être faut-il attribuer ce phénomène à la rétention des gaz, déterminée par la contraction spasmodique du sphincter anal qui a pu être la suite de l'irritation produite par la compression du spéculum sur des parties fortement endolories. Du reste

l'état général est assez satisfaisant. Pas de fièvre, appétit, sommeil. — Continuation du régime et de la médication.

13 juin. La situation est meilleure. Le ventre est redevenu souple, indolore, les gaz sont peu à peu sortis par l'anus. Les excoriations et les fissures des parties voisines sont en voie de cicatrisation. Même traitement.

14 et 15 juin. Tout est rentré dans l'ordre : le ballonnement, les coliques, les besoins d'aller à la selle ont cessé. Suppression de la morphine.

16 et 17 juin. L'amélioration continue.

18 juin. Je procède à l'enlèvement des fils. L'introduction du spéculum continue à être un peu difficile et occasionne encore de la douleur, mais infiniment moins que lors de l'opération. A l'inspection seule du vagin, on peut déjà bien augurer du résultat de l'opération : en effet la muqueuse est partout d'une couleur naturelle et exempte d'inflammation; elle n'est le siége d'aucun écoulement purulent et l'on n'y trouve que quelques mucosités claires venant du col utérin. Les fils sont enlevés méthodiquement sans donner lieu à l'écoulement d'une goutte de sang. Je constate une réunion complète, tant par l'inspection directe que par l'injection d'eau tiède dans la vessie; c'est par pure précaution que je laisse encore la sonde à demeure jusqu'au surlendemain.

20 juin. La sonde est enlevée et l'on se borne à vider la vessie plusieurs fois par jour.

22 juin. L'opérée a sa première selle depuis l'opération; elle se lève et urine seule. La guérison est assurée. Les excoriations et les autres altérations extérieures sont tellement améliorées depuis que l'urine a cessé de les mouiller, que la femme peut marcher et s'asseoir sans aucune douleur. La défécation est encore un peu douloureuse quand les selles sont dures, mais on y obvie facilement par des lavements huileux et délayants.

Sortie de l'hôpital le 26 juin.

J'ai revu cette femme le 9 mars 1870. Pour des motifs que j'ignore elle n'a pas voulu me permettre de la visiter, mais elle m'a dit que, depuis sa sortie de l'hôpital, la miction s'est faite constamment de la manière la plus régulière. Elle m'a fait connaître aussi qu'avant l'opération elle avait eu régulièrement ses menstrues, malgré l'existence de la fistule. Depuis la guérison, les règles ont encore apparu d'une manière normale. A deux époques différentes, un an et deux ans après l'opération, elle a fait une fausse couche, chaque fois à trois mois de grossesse.

DIXIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Une opération. — Guérison.

Vanden C..., Anne-Catherine, de Bruxelles, tailleuse, âgée de 29 ans, d'une constitution assez bonne quoiqu'un peu rachitique, entre à l'hôpital le 11 juillet 1864.

Elle porte depuis vingt mois une fistule survenue à la suite d'une application prolongée du forceps. Cinq jours après ses couches, elle s'est aperçue de l'existence de cette fistule en voyant son urine sortir par le vagin. L'ouverture est située vers le bas-fond de la vessie; elle est transversale et présente une largeur suffisante pour admettre le petit doigt.

Le 13 juillet, je procède à l'opération, qui n'offre aucune particularité méritant d'être notée. Dix fils d'argent sont nécessaires. L'opération dure une heure.

Les jours suivants, il ne survient ni réaction, ni aucun

autre accident. Il arrive seulement assez souvent que l'on trouve la sonde sortie et qu'après l'avoir replacée on évacue une assez grande quantité d'urine. Le régime animalisé et la morphine, administrée quand elle est nécessaire, sont bien supportés.

21 juillet. La femme ressent un peu de malaise et de pesanteur vers l'hypogastre et le périnée. En examinant la vulve, je la trouve souillée par du sang, que j'attribue à une réapparition des règles.

Dans l'après-midi, vomissement d'aliments.—Diète, eau froide par petites gorgées.

22 juillet. Les vomissements ont cessé. Le sang continue à couler. Pour m'assurer d'une manière positive de son origine et de sa nature, j'examine le vagin au spéculum et je vois manifestement le sang s'écouler par le col utérin. Tout doute doit donc cesser et il est évident que la plaie ne fournit point d'hémorrhagie.

Persuadé qu'il n'y a aucun inconvénient à enlever les fils, je procède à cette opération, qui n'offre rien de particulier, sauf que, par mégarde, je coupe les deux côtés d'une anse, qui doit être abandonnée dans les chairs. Tous les liens sont fortement enfoncés dans les tissus, mais aucun d'eux n'a traversé les lèvres de la plaie. La réunion est parfaite. Je laisse cependant encore par précaution la sonde à demeure jusqu'au jour suivant.

23 juillet. L'opérée urine seule sans la moindre difficulté. Je la fais encore sonder deux ou trois fois dans la journée.

24 juillet. La première garde-robe depuis l'opération se fait sans aucun accident.

25 juillet. Sortie de l'hôpital; l'opérée est parfaitement guérie et fort bien portante.

Le 9 mars 1870, le mari de cette femme m'a fait savoir qu'elle était morte trois ans après la guérison de sa fistule,

à la suite d'une couche. Environ un an et demi après sa sortie de l'hôpital, elle était devenue enceinte et l'on avait jugé convenable de provoquer l'accouchement prématuré à sept mois de grossesse; elle s'était parfaitement rétablie de cette première couche. Mais à la seconde, survenue un an après dans les mêmes conditions, elle était devenue malade et avait bientôt succombé. La fistule était, du reste, demeurée parfaitement guérie. Les règles avaient continué, pendant l'existence de la fistule, à se montrer aux époques mensuelles; depuis l'opération, elles n'avaient été supprimées que pendant la durée des grossesses.

ONZIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICALE CERVICO-UTÉRO-VAGINALE PROFONDE.

Deux opérations. — Guérison.

S..., Octavie, 28 ans, servante, de Péruwelz (Hainaut), m'est envoyée, le 6 janvier 1865, par M. le docteur Gosse.

Réglée à 15 ans, cette femme, qui a toujours joui d'une bonne santé et dont la constitution est excellente, s'est mariée à vingt-quatre ans. Le 15 novembre 1864, elle accouchait pour la troisième fois. Les deux premiers accouchements avaient été heureux, quoique le premier enfant fût né mort et que le second n'eût vécu qu'un an et demi. La troisième couche fut très-laborieuse : l'enfant présentait le siége; l'accoucheur, après trois heures d'attente, jugea convenable de rompre les membranes, et une heure après amena un enfant qui vécut huit jours. Le placenta étant sorti naturellement, les douleurs se réveillèrent et

un second enfant se présenta par le bras. L'accoucheur voulut en finir immédiatement par une opération manuelle, mais, la femme s'y étant opposée, ce ne fut que sept heures après que l'enfant fut extrait non sans de grandes difficultés : plusieurs tentatives de version furent faites et enfin l'on finit, après de violentes tractions et un labeur de trois heures, à attirer le fœtus hors de la vulve.

Les suites de couches ne présentèrent rien de remarquable; seulement, immédiatement après la délivrance, l'accouchée cessa d'uriner par le canal de l'urèthre et perdit ses eaux par le vagin.

A l'examen au spéculum, je découvre une fistule située au point de jonction du vagin avec la lèvre antérieure du col utérin. Elle est dirigée dans le sens antéro-postérieur, un peu obliquement cependant de gauche à droite et de bas en haut; elle a trois centimètres environ de diamètre et admet facilement deux doigts. La lèvre antérieure du col a subi une perte de substance qui s'étend jusque vers le milieu de sa hauteur et s'y termine en formant un angle aigu. La fistule remonte jusqu'à cet angle, intéressant ainsi en même temps le vagin, la vessie et la moité de la paroi antérieure du col utérin. La lèvre postérieure du museau de tanche est intacte, mais hypertrophiée et très-longue. Du reste, il subsiste encore sur le pourtour de l'ouverture anormale quelques points imparfaitement cicatrisés, ce qui m'engage à retarder un peu l'époque de l'opération.

Je la pratique le 27 janvier. L'avivement n'offre rien de particulier, sauf une hémorrhagie qui se fait jour surtout dans la vessie et nécessite plusieurs injections dans cet organe. Après cette opération préliminaire, la plaie présente deux lèvres d'inégale longueur, la plus étendue appartenant au col et formant une ligne courbe à concavité inférieure. Pour les réunir, je suis obligé, afin de ne point

former de godets, de faire une suture rayonnée dont les fils sont plus rapprochés à la lèvre inférieure et plus écartés dans le tissu du col. Les aiguilles de Sims ne peuvent pas me servir ici, parce qu'elles sont trop droites et que leur conformation m'empêcherait de pouvoir les retirer de la lèvre supérieure de la fistule sans passer à travers la paroi postérieure du col utérin : j'emploie donc des aiguilles à courbure appartenant à un petit cercle, dans le genre de celles de Jobert de Lamballe. L'étendue de la solution de continuité est tellement grande après le rafraîchissement des bords (elle est de cinq centimètres), que je suis forcé d'employer dix-neuf fils. Au moment du remplacement des fils de soie par des fils d'argent, un de ceux-ci est malheureusement retiré des chairs, ce qui m'oblige à passer un nouveau point; cet accident regrettable me fait craindre que la partie qui a dû subir la double introduction de l'aiguille n'en soit affaiblie et exposée à une rupture consécutive. Comme on va le voir, cette crainte n'était pas sans fondement.

L'opérée, qui n'a proféré aucune plainte pendant l'opération, manifeste toute sa joie et sa reconnaissance quand elle est achevée.

Les jours suivants, tout marche très-régulièrement. Le régime et la position habituels sont bien supportés. La sonde sort à différentes reprises et, quand on la remplace, il s'écoule une assez grande quantité d'urine, ce qui fait bien augurer du résultat de l'opération. Cependant, le 2 février, l'opérée dit qu'elle s'est sentie mouillée de temps en temps après la sortie de l'instrument. Je doute d'abord de l'exactitude de ce renseignement donné par la malade, par la raison qu'en replaçant le cathéter j'amène une assez grande quantité d'urine. Mais le 4 février, au moment de la levée des fils, le doute n'est plus permis : il persiste évidemment un pertuis au milieu de la région de la fistule,

et une injection poussée dans la vessie revient en petite quantité par cet orifice, qui est situé à l'endroit où le double point avait été placé : cette partie avait donc été lacérée par les aiguilles au point de ne plus pouvoir supporter convenablement la traction du fil, et avait cédé, comme je l'avais appréhendé.

Toutefois, l'orifice persistant étant assez petit, je ne perds pas courage et je conserve encore l'espoir de le voir se cicatriser : en conséquence, je le touche avec le nitrate d'argent et maintiens une sonde à demeure dans la vessie. La femme présentant une eschare au sacrum, chose dont je ne me doutais pas, attendu qu'elle ne s'était jamais plainte d'aucune douleur en cet endroit, je la couche sur le côté et lui fais garder cette position jusqu'au 8 février. A cette époque, je l'examine de nouveau et je fais encore une cautérisation, à la suite de laquelle le cathétérisme est pratiqué quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures. Soins inutiles! Le 12 février, une nouvelle exploration me donne la conviction que le pertuis ne se comporte point comme je l'avais espéré, et qu'il ne faut point compter sur son oblitération par la cautérisation. J'y renonce donc, j'enlève un fil oublié dans le col et donne à l'opérée le conseil de quitter l'hôpital et d'y revenir quelques mois plus tard.

Cette femme entre de nouveau à l'hôpital dans le courant du mois de mai suivant. Elle m'apprend que, pendant son absence, la menstruation a reparu et s'est faite sans douleurs. En même temps, il y a eu amélioration dans son état : ainsi, au lieu de perdre continuellement ses urines, elle a pu pendant quelques heures les garder en marchant; seulement, aussitôt qu'elle s'asseyait, la perte du liquide reparaissait; en outre, la miction, qui était redevenue possible jusqu'à un certain point, était tellement pénible qu'elle redoutait chaque fois le moment où le besoin devait s'en faire sentir.

L'examen au spéculum fait constater que le col de la matrice contient un corps blanchâtre, d'apparence calcaire, du volume d'une noisette, entouré d'un peu de pus et de mucus. En y regardant de plus près je découvre au milieu de cette petite masse un fil d'argent, que je puis facilement couper et retirer du tissu du col dans lequel il était resté engagé sans le léser en aucune manière. Il est infiniment probable que ces corps étrangers, poussés vers les tissus voisins pendant les efforts de miction, déterminaient les douleurs que la patiente éprouvait chaque fois qu'elle urinait.

La portion de l'ancienne fistule qui appartenait au col est parfaitement oblitérée. J'introduis, non sans quelque difficulté, une sonde de femme dans la matrice, mais je ne puis pénétrer avec l'instrument de la cavité du col utérin dans la vessie. L'orifice qui persiste est situé au-dessous et un peu à droite de la lèvre antérieure du col et a de deux à trois millimètres de largeur. Il conduit dans la vessie par un petit canal creusé de bas en haut et d'arrière en avant. Ce canal ne donne passage à l'urine que quand on a introduit un crochet mousse dans son intérieur et qu'on en a déprimé un peu les parois avec cet instrument. Quand il est abandonné à lui-même, on a beau engager la femme à pousser, elle ne fait sortir aucune goutte de liquide par le vagin.

Ayant constaté à différentes reprises qu'il n'existe point d'autre orifice anormal, j'aborde une nouvelle opération le 16 mai.

Pour rendre la fistule plus accessible, j'enfonce, au-dessous de l'ouverture, un ténaculum dans la paroi vaginale et j'attire celle-ci vers l'extérieur en la portant en même temps en avant. L'avivement est fait de manière à donner une plaie de vingt-cinq millimètres environ, dirigée un peu obliquement en haut et à droite, et dans laquelle le trajet

fistuleux, enlevé en totalité, n'est plus représenté que par un simple pertuis conservé intact et conduisant directement dans la vessie. L'angle droit ou supérieur de la plaie longe la lèvre antérieure du col utérin. Tous les fils, au nombre de huit, sont facilement introduits, sauf ceux de l'angle droit, qui doivent traverser une portion du tissu du col. Pour remédier à un rebroussement en dedans des deux lèvres qui tend à se produire vers le milieu de la suture, je suis obligé d'appliquer très-superficiellement un fil complémentaire, qui relève les surfaces avivées et les maintient dans une position convenable.

Après l'opération, qui a duré une heure et a été admirablement supportée par la malade, je constate, au moyen d'une injection poussée avec force dans le réservoir urinaire, l'occlusion complète de la fistule. Comme la sonde est souvent sortie du canal après l'opération précédente, je cherche à la fixer aux poils de la vulve avec du collodion, mais je suis bientôt forcé de renoncer à cet expédient, qui ne produit pas le résultat que j'en attendais.

Tout se passe bien pendant les neuf jours qui suivent l'opération. Pour éviter l'inconvénient de la formation d'eschares au sacrum, je fais incliner l'opérée tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, au moyen d'un coussin engagé sous le matelas. Les alèzes sont renouvelées tous les jours et saupoudrées de lycopode. Une nouvelle sonde est introduite chaque jour. La femme, ayant l'habitude de n'aller à la selle que tous les sept ou huit jours, reste parfaitement constipée sans qu'il soit nécessaire d'administrer de la morphine.

25 mai. J'enlève les points de suture et j'acquiers, par les moyens ordinaires, la conviction que la fistule est obturée. Je laisse cependant encore l'opérée au lit, avec une sonde à demeure, jusqu'au lendemain.

26 mai. Ayant appris qu'elle sait très-bien se sonder

elle-même, j'enlève l'instrument et je le lui confie, en lui recommandant de s'en servir cinq ou six fois par jour.

27 mai. Les règles apparaissent sans douleurs et avec assez d'abondance. La miction s'est opérée naturellement.

28 mai. L'opérée sort de l'hôpital, heureuse du résultat obtenu et pleine de reconnaissance pour le service qui lui a été rendu.

Par une lettre en date du 20 février 1870, M. le docteur Gosse m'a donné des nouvelles de cette opérée. Elle a été très-bien réglée depuis sa guérison. Elle est devenue enceinte vers la fin de juin 1867 et est accouchée à terme, le 22 mars suivant, d'un enfant volumineux qu'il a fallu extraire avec le forceps. Le vagin a résisté parfaitement bien pendant cette manœuvre. Les suites des couches ont été exemptes de tout accident et la femme a nourri elle-même son enfant; depuis qu'elle l'a sevré, elle a été réglée tous les mois. L'écoulement des urines n'a pas cessé d'être normal.

DOUZIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICALE - CERVICO - URÉTHRO - VAGINALE. — ADHÉRENCES.

Trois opérations. — Rhumatisme articulaire. — Guérison.

M... Rosalie, de Goick (Brabant), âgée de 34 ans, envoyée par M. le docteur Limbourg, de Lennick-Saint-Quentin, entre à l'hôpital le 10 janvier 1865.

Cette femme est d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien constituée, quoique de petite stature. Elle n'a jamais été malade. Mariée à 33 ans, elle devint enceinte un mois

après et eut une excellente grossesse. Mais l'accouchement fut des plus pénibles : la poche des eaux se brisa trois jours avant le travail; celui-ci dura un jour et demi et dut se terminer par l'application du forceps, qui amena un enfant mort. Elle se décida à entrer à l'hôpital six semaines après cet accouchement.

Une chose importante à noter, c'est que cette femme a eu une rétention d'urine pendant les cinq jours qui ont précédé la naissance de l'enfant. Après l'accouchement, elle a pu uriner par jet, mais, la nuit suivante, la rétention est apparue de nouveau et s'est combinée avec un écoulement goutte à goutte. Trois jours après, cette incontinence disparut et il survint bientôt de vives douleurs hypogastriques annonçant une rétention complète. L'accoucheur qui avait appliqué le forceps fut rappelé, sonda la femme et évacua une grande quantité d'urine. La rétention dura pendant quinze jours et dut être combattue par le cathétérisme pratiqué trois fois dans les vingt-quatre heures. Enfin, elle fit de nouveau place à une incontinence, complète cette fois, qui depuis ce temps ne cessa plus et qui finit par amener tous les désordres, macérations, excoriations, fissures, propres à ce genre d'accident.

Le siége de la fistule, constaté par l'examen direct au moyen du spéculum, vint donner la clef de ces singuliers symptômes.

La fistule a environ un centimètre et demi d'étendue dans le sens transversal et un centimètre dans le sens antéro-postérieur; elle intéresse en même temps une partie du col vésical, la région voisine de l'urèthre, et les parties situées sur les côtés du canal, surtout à gauche, où elle se termine en une espèce de rigole. Celle-ci est formée des deux bords d'une cicatrice qui tend la gouttière et l'entraîne de ce côté en la fixant fortement à la branche correspondante du pubis. Cette cicatrice présente encore

quelques bourgeons saignants, ce qui s'explique par le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement.

Pour permettre à ces bourgeons de se cicatriser et à la santé de la patiente de se raffermir, j'attends encore quinze jours avant de pratiquer l'opération et je n'y procède que le 26 janvier.

Une sonde de femme est d'abord introduite dans le méat urinaire, à l'effet de rendre la fistule plus apparente et plus accessible. Je commence ensuite l'avivement par la partie la plus délicate et la plus difficile qui est en même temps la plus déclive, c'est-à-dire par l'angle gauche. Il faut ici soulever fortement avec un petit ténaculum le fond de la rigole cicatricielle pour le retrancher exactement et n'y rien laisser de non avivé; un dernier coup de ciseaux, donné vers la partie de cet angle qui adhère au bassin, intéresse une artère et donne naissance à une hémorrhagie qui offusque à l'instant même toute la région. Je n'y fais d'abord pas trop d'attention et je parviens assez facilement, malgré sa présence, à terminer le reste de l'avivement. Mais lorsqu'il faut placer les fils, elle devient un obstacle qui me donne les plus grands embarras. Il était de la plus haute importance de faire une suture extrêmement soignée précisément à l'endroit d'où provenait le sang : or, l'écoulement se faisait d'une manière si abondante et si continue, qu'il m'était impossible d'apprécier le lieu où il convenait de faire pénétrer les aiguilles ; j'avais beau employer l'éponge, injecter de l'eau froide, appliquer des morceaux de glace, rien n'y faisait et le champ de l'opération continuait à rester pour ainsi dire inabordable. Il n'y avait pas lieu de songer à la ligature ni à la cautérisation, car elles auraient compromis la réunion. Enfin, après une grande perte de temps, je songeai à une compression directe de l'orifice vasculaire, qui me réussit et qui me permit de terminer la suture. Les points, au

nombre de dix, furent placés tantôt en traversant les deux lèvres à la fois, tantôt en passant l'aiguille en deux temps.

J'ai réfléchi depuis au contre-temps qui avait contrarié cette opération d'une manière si malencontreuse, et j'ai bien regretté de n'avoir pas eu l'idée de retourner la femme sur le côté droit, pour faire de l'angle gauche de la plaie la partie la plus élevée du champ opératoire. En agissant de cette manière, j'aurais évité la formation de la mare de sang qui m'avait tant offusqué, et je n'aurais eu affaire qu'à une simple nappe, qui, selon toute apparence, n'eût pas apporté de bien grands obstacles à la manœuvre opératoire.

Au moment de remplacer les fils de soie par des fils d'argent, un autre contre-temps m'attendait. L'élève que j'avais chargé d'enfiler les aiguilles avait mal compris sa besogne et, dans son inexpérience, n'avait point fait passer à la fois les deux extrémités des ligatures par le chas de l'instrument et n'en avait introduit qu'une, de sorte qu'au lieu d'avoir une anse chaque fil présentait deux bouts libres. Pendant l'opération, préoccupé que j'étais de l'hémorrhagie, je n'avais point fait attention à cette circonstance, n'imaginant pas, du reste, qu'une telle méprise fût possible, et j'avais machinalement fixé les liens encore munis de leurs aiguilles dans les crans de la planchette de M. Sims. Lorsqu'il fallut procéder au placement des fils d'argent, je me trouvai dans l'impossibilité d'en faire passer aucun et ma perplexité fut grande. Que faire en pareille occurrence? Il ne fallait pas penser à former une anse au moyen d'un nœud, car on n'aurait pu lui faire traverser les chairs sans les dilacérer. Recommencer une nouvelle suture après avoir retiré les fils était une chose désespérante et fort dangereuse au point de vue de la réunion. Je ne vis d'autre moyen de surmonter la difficulté qu'en exécutant une opération des plus délicates : la section des chas des aiguilles au moyen

d'une pince tranchante. Je réussis heureusement à exécuter cette section sans intéresser aucun fil, et je me procurai ainsi des anses factices, auxquelles je pus fixer comme d'ordinaire les fils d'argent pour leur faire traverser les chairs en sens inverse de celui dans lequel ils sont habituellement introduits.

L'opération terminée, il est prouvé, par une injection dans la vessie, que la réunion est bien faite. Une sonde est maintenue en permanence et je soumets la femme à la position, au régime et à la thérapeutique ordinaires.

Les jours suivants, tout se passe régulièrement et aucun accident ne vient entraver le traitement, sauf, le troisième jour, un peu de fièvre, et à différentes reprises la sortie de la sonde. Chaque fois que l'instrument est expulsé, l'opérée retient ses urines et sait les évacuer spontanément.

Le neuvième jour après l'opération, je procède à l'enlèvement des fils; tous s'extraient facilement, sauf un, dont un bout doit être abandonné dans les chairs. A gauche, vers les adhérences cicatricielles au bassin, il se trouve un bourgeon saillant, du volume d'une lentille. Une injection poussée dans la vessie ne revient point par la région de la fistule : il semble donc naturel de croire que la guérison est obtenue. Cette conviction se confirme les deux jours suivants, pendant lesquels la femme retient ses urines et les évacue volontairement. Mais tout change le troisième jour : l'opérée accuse un écoulement involontaire survenu sans cause connue, et, par un nouvel examen, je découvre un pertuis extrêmement petit, placé un peu à droite de la région moyenne de la fistule, là où je n'aurais jamais soupçonné que l'adhésion pût être compromise; ce pertuis conduit à un petit trajet fistuleux dirigé d'arrière en avant et aboutissant à la portion postérieure du canal de l'urèthre. Il faut un stylet très-fin et recourbé sur lui-même à son extrémité pour pouvoir pénétrer dans ce petit conduit

anormal. J'applique sur celui-ci un bouton de feu, qui le bouche momentanément et enlève toute issue à l'urine, mais, après la chute de l'eschare, l'écoulement se reproduit.

La malade sort le 10 février, en me promettant de revenir pour se soumettre au traitement qui doit lui procurer une guérison radicale.

Elle rentre effectivement à l'hôpital le 6 mars suivant, dans un état de parfaite santé. D'après ce qu'elle me dit, elle n'a pas eu ses règles depuis la dernière opération. Elle retient assez bien ses urines quand elle est couchée ou assise, mais elle les perd aussitôt qu'elle marche. Quelquefois le liquide ne sort par la fistule qu'après l'évacuation de la totalité du contenu de la vessie par le canal de l'urèthre. Le pertuis qui lui donne passage est resté tel que je l'ai constaté lors de ma dernière inspection.

Je pratique l'opération le jour de l'arrivée de la malade. L'avivement est fait de manière à embrasser toute l'étendue du trajet fistuleux. En le pratiquant, je remarque que chaque fois que j'agis sur la région postérieure du trajet, j'éprouve une résistance beaucoup plus forte que lorsque j'en attaque la partie antérieure, et qu'en même temps je détermine beaucoup plus de douleur : c'est un fait que depuis j'ai observé chaque fois que j'ai dû opérer sur le col vésical. Pendant la torsion des fils, l'un d'eux, le sixième, embrasse et emprisonne dans son anse le fil de soie suivant, de sorte qu'il m'est impossible de me servir de ce dernier pour passer le fil d'argent qui lui était destiné; cela m'oblige à le nouer et à le laisser dans les tissus.

L'opération terminée, j'éprouve une telle difficulté à introduire la sonde, que je crois d'abord que l'un des points de suture a dû passer dans la cavité de l'urèthre. Les recherches que je fais pour m'en assurer me prouvant cependant qu'il n'en est rien, j'insiste et je parviens enfin à faire passer l'instrument, qui entre brusquement dans la vessie

comme s'il avait franchi une valvule. Je suppose que ce phénomène a pu dépendre d'une contraction spasmodique du col vésical produite par la présence des fils métalliques. Pour empêcher la sortie de la sonde, je la fixe au moyen d'un cordonnet attaché avec du collodion sur les côtés des grandes lèvres.

Rien de particulier ne se manifeste pendant les premiers jours qui suivent l'opération; mais le troisième, les règles apparaissent et en même temps il survient des symptômes de rhumatisme articulaire au pied et au genou droits; fièvre, diminution de l'appétit. J'ordonne des frictions avec une pommade calmante et l'usage de la poudre de Dower. Les douleurs diminuent sous l'influence de ce traitement, pas assez cependant pour permettre à la malade de se mouvoir. Elle est forcée de se tenir constamment sur le dos; son siége est souillé par les règles qui continuent à couler, et par l'urine que le manque de précautions laisse sortir du vase. La constipation finit par ne plus pouvoir être maintenue, et le 13, il est impossible à l'opérée de ne pas céder au besoin d'aller à la selle; en même temps elle expulse la sonde et elle urine par le méat; il lui semble aussi qu'une portion du liquide s'échappe par le vagin.

14 mars. J'examine l'opérée au spéculum et je trouve à l'endroit de la suture un grand désordre : la suppuration a envahi la région opérée; les deux fils d'argent et de soie réunis ont traversé les tissus et donné lieu à une ouverture d'environ trois millimètres de largeur. J'ôte tous les fils et, après avoir touché les surfaces avec le nitrate d'argent, je les rapproche au moyen de quelques serres-fines : mais le lendemain, je trouve ces petits instruments détachés et tombés dans le vestibule.

La femme est fortement amaigrie; elle est abattue, découragée et se plaint amèrement d'être moins bien qu'avant l'opération. Elle quitte l'hôpital le 29 mars.

me disant, malgré la déception qu'elle a subie, qu'elle reviendrait.

Elle tint parole et revint en effet, le 22 mai, dans les meilleures dispositions. Ses règles ont reparu quinze jours avant son retour. Elle tient à en finir au plus vite et demande instamment une nouvelle opération.

La fistule est beaucoup plus grande que la dernière fois et mesure environ quatre millimètres de diamètre; elle siége toujours à la partie de l'urèthre qui avoisine le col vésical; celui-ci semble entrer dans sa composition. Son grand axe est dirigé de droite à gauche et de bas en haut, sens dans lequel il est évident que l'avivement devra se faire. La patiente se plaint encore de perdre plus souvent son urine qu'avant la dernière opération : elle évacue quelquefois des gaz avec ce liquide.

Je procède à la troisième opération le 23 mai. Comme la seconde fois, je rencontre, au niveau de la lèvre postérieure, un tissu dur, craquant sous les ciseaux; ce tissu résiste aussi bien à l'introduction des aiguilles qu'à l'action de l'instrument tranchant; il est tellement sensible que, lorsque je l'incise, la femme jette des cris, tandis qu'elle reste impassible quand les instruments attaquent les tissus voisins. Pendant tout le temps que dure la suture, je maintiens une sonde dans le canal uréthral, afin de m'assurer à chaque point que je ne suis pas entré dans le conduit. Les aiguilles de M. Sims étant trop droites pour passer facilement à travers les deux lèvres, je suis forcé d'en employer de plus courbes. Deux circonstances, l'étroitesse du vagin et l'impossibilité où se trouve la femme de fléchir les cuisses sur le ventre, probablement par suite de son dernier rhumatisme, viennent ajouter de nouvelles difficultés à celles qui résultent du peu d'épaisseur de la portion du canal de l'urèthre restée saine, et de la dureté et de la sensibilité du col vésical. A chaque instant, la malade me

pousse les pieds sur la poitrine et m'enlève ainsi toute sécurité; elle est beaucoup plus agitée, plus indocile que les fois précédentes. L'opération dure deux heures.

Cette fois-ci la sonde pénètre facilement après l'opération et donne issue à un liquide mêlé de gaz.

Depuis le jour de l'opération jusqu'au 29, tout marche à souhait. Le régime habituel est accompagné de ses effets ordinaires. Seulement la sonde a une grande tendance à se retourner, et comme, dans cette position, l'extrémité vésicale de l'instrument présente sa convexité en haut, il en résulte que l'urine ne s'écoule que quand elle est accumulée en assez grande quantité; en replaçant convenablement la sonde, le liquide sort chaque fois en abondance. Pour obvier à cet inconvénient, je suis forcé de fixer la sonde aux poils de la vulve au moyen d'un cordonnet.

29 mai. L'opérée commence à ressentir, dans les articulations des doigts et du poignet gauche, des douleurs accompagnées d'un peu de tuméfaction et de rougeur, qui persistent pendant plusieurs jours; la peau devient chaude et le pouls un peu plus fréquent, mais l'appétit se conserve. Je diminue un peu la quantité d'aliments et je me borne à l'usage de soins hygiéniques. L'opérée n'ayant aucune envie d'aller à la selle, ne prend pas de morphine et continue à n'en pas user jusqu'à la fin du traitement. Insensiblement le rhumatisme articulaire diminue et finit enfin par disparaître, après avoir attaqué légèrement l'épaule droite.

1er juin. Les six fils de la suture sont enlevés. Quoique l'urine ne se soit pas échappée par le vagin depuis le jour de l'opération, mes insuccès antérieurs me font faire cette opération avec de vives appréhensions et la crainte de découvrir encore quelque pertuis. Je suis agréablement trompé en voyant que l'adhésion des lèvres de la plaie a été complète et que rien ne suinte après une injection

d'eau faite dans la vessie, ni pendant la miction modérément exécutée par le canal de l'urèthre.

Je laisse encore la sonde à demeure jusqu'au surlendemain. Le 3 juin, j'enlève l'instrument; la malade urine seule et facilement, quoique avec un peu de douleur. Les douleurs rhumatismales ont disparu. L'opérée se lève.

4 juin. J'examine de nouveau la région de la fistule. Tout est en bon ordre et la guérison est complète et solide.

5 juin. Sortie de l'hôpital.

M. le docteur Limbourg a bien voulu répondre aux demandes que je lui ai adressées concernant ce qui s'est passé chez cette patiente depuis l'époque de sa guérison. Par une lettre en date du 21 février 1870, il me dit que, deux mois après sa sortie de l'hôpital, elle est devenue enceinte et s'est accouchée d'un enfant à terme et bien portant. L'accouchement s'est terminé heureusement, mais le placenta, qui était adhérent, est resté pendant un jour dans la matrice. A la suite de la délivrance, il survint une descente de matrice qui fut traitée au moyen d'un pessaire. En 1869, elle devint de nouveau enceinte et accoucha à terme au commencement de janvier 1870; M. Limbourg ayant été appelé, fit la délivrance à la suite de l'accouchement, après avoir décollé le placenta. A la date où il m'écrit, la matrice occupe sa position naturelle. Les règles sont revenues aux époques normales dans les intervalles des grossesses. Il y a eu pendant quelque temps, après l'opération, des besoins assez fréquents d'uriner, mais insensiblement ce symptôme a disparu et la miction n'a plus cessé d'être régulière.

L'inspection de la région opérée y fait constater d'abord une surface cicatricielle d'environ deux centimètres d'étendue, ronde, unie, nacrée, sans trace de points de suture. Derrière cette surface se trouve une élévation transversale

de la muqueuse, au delà de laquelle existe une ligne légèrement enfoncée et ayant la même direction. Plus en arrière se dessine un petit point qui doit être l'indice du passage d'un fil.

TREIZIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — OBLITÉRATION DU COL UTÉRIN.

Une opération. — Guérison.

M..., Joséphine, âgée de 58 ans, ménagère, de Bury (Hainaut), se présente à l'hôpital le 20 juin 1865. Elle y était déjà entrée le 13 mai de la même année, mais elle en était bientôt sortie, effrayée de l'opération qu'elle allait devoir subir et craignant de ne pouvoir la supporter.

Cette femme a eu sept enfants, dont les trois premiers sont venus à terme et les derniers avant les neuf mois révolus. A sa quatrième grossesse, qui eut lieu il y a vingt-cinq ans, elle eut une couche malheureuse, qui, après trois jours de souffrances, ne put être terminée que par l'application du forceps. Pendant les trois jours qui suivirent cet accouchement, elle eut une rétention d'urine, mais ensuite il survint un écoulement de ce liquide par le vagin. Le médecin qui fut alors appelé mit une sonde à demeure et la laissa en place pendant six semaines. Ce moyen n'ayant produit aucun résultat avantageux, il tamponna le vagin au moyen d'un sac de baudruche bourré d'ouate; ce corps étranger ne fut pas supporté et bientôt il survint de vives douleurs qui obligèrent à le retirer. A la suite d'une consultation, l'on résolut de tenter la cautérisa-

tion avec le nitrate d'argent; ce nouveau traitement ne fut pas plus efficace que les autres. Pendant la station et la marche l'incontinence était continuelle, mais dans la position assise la femme pouvait retenir plus ou moins longtemps le liquide.

Depuis la formation de la fistule, il est encore survenu trois grossesses, mais chaque fois un avortement a eu lieu, dans la première à cinq mois, dans la deuxième à six et dans la troisième à quatre.

Malgré les désagréments d'une infirmité dégoûtante datant d'un quart de siècle, cette femme n'a rien perdu de sa santé. Elle a cessé d'avoir ses règles depuis quinze ans; elle a conservé un embonpoint énorme, et son poids est tel qu'il est impossible à un homme vigoureux de la porter.

Le 21 et le 23 juin, je procède à l'examen de la fistule. L'ampleur des fesses gêne beaucoup mon exploration et, de plus, l'orifice vaginal et surtout la fourchette sont tellement resserrés, que c'est à grand'peine que je parviens à y introduire le spéculum. Après avoir fait pénétrer l'instrument pour ainsi dire de force, je constate, non sans quelque étonnement, que le col utérin est oblitéré et qu'à sa place se trouve une espèce de cul-de-poule froncé, racorni, dans lequel il est impossible d'engager la sonde ou le stylet. Au-dessous et à droite de ce col oblitéré se trouve la fistule, qui est allongée et dont le grand diamètre, d'environ quatorze millimètres, est dirigé obliquement en haut et à droite. La muqueuse vésicale, sous la forme d'un double bourrelet rouge et dur, sort de l'ouverture anormale et ne peut être que difficilement réduite. La paroi antérieure du vagin est fortement repoussée contre la postérieure et cette circonstance vient encore ajouter aux difficultés de l'examen des parties malades.

Au moment de l'opération, pratiquée le 25 juin, j'enfonce un ténaculum dans la saillie de la cloison vésico-

vaginale, et je la fais maintenir au dehors afin de rendre la fistule plus apparente. Je pratique ensuite l'avivement, qui présente les plus grandes difficultés vers l'angle supérieur, car il y a là des fronçures et de petites crevasses formées d'un tissu cicatriciel extrêmement dur situé dans l'épaisseur même de la substance du col; comme ces inégalités doivent être enlevées à fond pour ne pas laisser de surface non avivée, il est nécessaire d'y revenir à plusieurs reprises et de consacrer un temps assez long à cette manœuvre. Les lèvres, taillées enfin convenablement, représentent une plaie régulière de quatre centimètres environ de long sur deux de large. Pour pratiquer la suture, je me sers, à l'angle inférieur, d'aiguilles américaines, mais, au supérieur, la disposition des parties est telle, que je suis obligé de passer les points en deux fois, en traversant la lèvre vaginale avec des aiguilles droites, et la supérieure, appartenant au col utérin effacé et cicatrisé, au moyen d'aiguilles courbes à petit rayon. Lors de la torsion des fils d'argent, qui sont au nombre de dix, un de ces liens, dont la force et le calibre sont insuffisants, se rompt, heureusement assez loin de la ligne de réunion pour que je puisse le laisser en place, sauf à aller le chercher plus tard au milieu des chairs. Tous les temps de l'opération sont rendus laborieux, autant par la disposition des parties extérieures et intérieures, qui rend difficile l'accès de la lumière au fond du vagin, que par la présence des bourrelets muqueux vésicaux, qu'il faut constamment repousser avec la sonde pour les soustraire aux piqûres des aiguilles et à la striction des fils. Les fortes adhérences de la région du col aux parties voisines et les délimitations irrégulières et obscures qui en résultent, me forcent à prendre les plus grandes précautions pour éviter l'entrée des fils dans la vessie, et je ne puis échapper à cet écueil qu'en constatant, lors du passage de chaque aiguille, que l'instrument est à une distance suffisante

du bec de la sonde introduite dans la poche urinaire.

L'opération terminée et l'occlusion complète constatée, on glisse la femme dans son lit plutôt qu'on ne l'y transporte, et on la soumet à l'ensemble du traitement propre à la méthode américaine.

Le lendemain matin, 26 juin, la malade dit n'avoir pas dormi. Le ventre est ballonné et légèrement sensible. L'appétit est nul; mais ce symptôme n'est pas nouveau et n'a aucune signification, puisque l'opérée dit n'avoir jamais faim et, chose extraordinaire, jouir de la faculté de rester sans inconvénient une quinzaine de jours sans manger. Le pouls est normal. J'attribue les incommodités intestinales à la présence de gaz résultant d'une position trop horizontale, et je fais en conséquence incliner davantage le tronc en glissant des oreillers sous la poitrine. Je permets, du reste, à la malade de se tourner légèrement à droite et à gauche.

Le 27 juin, une amélioration notable s'est produite. La nuit, il y a eu un besoin d'aller à la selle facilement réprimé par la morphine.

Le 28 juin, il survient des douleurs dans le côté droit de la poitrine, mais elles disparaissent par un changement de position.

Les jours suivants, la sonde se dérange souvent et sort fréquemment de la vessie, ce qui oblige à la replacer deux ou trois fois par jour. Quand il arrive qu'elle est restée sortie pendant quelque temps, sa réintroduction donne issue à une assez grande quantité d'urine. La langue reste chargée et l'appétit médiocre, quoique l'opérée mange un peu. A différentes reprises il survient dans les genoux quelques douleurs vagues qui ne persistent pas.

3 juillet. J'enlève les fils, que je trouve enfoncés profondément dans des chairs boursouflées et comme fongueuses. Malgré cette complication la réunion s'est fort bien faite et l'orifice est complétement oblitéré.

4 juillet. L'opérée me dit que la sonde est tombée pendant la nuit et que, malgré mes recommandations, elle a uriné seule, ce qui du reste s'est fait sans accident. Elle a eu aussi une envie d'aller à la garde-robe qui n'a pas eu de suite.

5 juillet. Je lui permets d'essayer d'uriner sans le secours de la sonde.

7 juillet. Je l'examine une seconde fois et je constate que la cicatrisation s'est raffermie, qu'elle s'est égalisée et que l'occlusion de l'orifice pathologique est restée hermétique.

L'opérée sort le même jour de l'hôpital.

M. le docteur Gosse, de Péruwelz, qui m'avait adressé cette femme, m'a fait savoir, le 20 février 1870, que la guérison est restée radicale sous tous les rapports. L'examen du vagin lui a démontré qu'il existe peu de différence, au point de vue de la couleur, entre la région de l'ancienne fistule et les environs; mais le toucher y fait facilement découvrir l'existence de petites brides transversales, situées à un centimètre l'une de l'autre et dépassant d'environ un millimètre le niveau de la muqueuse.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

DOUBLE FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Une opération. — Guérison.

B..., Marie, de Bruxelles, âgée de 23 ans, tailleuse, lymphatique et rachitique, de petite stature, entre à l'hôpital, en juillet 1865, d'après les conseils de M. le docteur Deladrier, pour s'y soumettre à mes soins.

Elle déclare s'être accouchée en février 1864. Pendant trois jours, elle a eu des douleurs violentes accompagnées d'une rétention d'urine presque complète. L'application du forceps ayant été faite inutilement à plusieurs reprises, on appela M. Deladrier à l'effet de savoir s'il n'y avait pas lieu de pratiquer l'opération césarienne; il ne la crut pas nécessaire et reconnut qu'il y avait moyen de sauver la femme en pratiquant la crâniotomie. Il exécuta cette opération en se servant des ciseaux de Smellie et retira un enfant morcelé en plusieurs tronçons. Immédiatement après la sortie de ces débris, la femme perdit ses urines par le vagin et cet écoulement continua à se faire presque sans interruption pendant trois à quatre mois. Après ce laps de temps, il y eut un peu d'amélioration dans son état, en ce sens qu'elle parvenait à retenir assez bien le liquide dans la position couchée et même quelquefois pendant les premiers temps de la marche.

En examinant l'état du vagin, j'éprouvai quelques difficultés à appliquer le spéculum, à cause de l'étroitesse du détroit inférieur, qui était fortement rétréci d'avant en arrière. Je trouvai le col de la matrice complétement déformé, étoilé, bridé par de nombreuses cicatrices. Immédiatement au-dessous de lui se trouvait une première fistule ovalaire, assez grande pour recevoir le bout du petit doigt, légèrement oblique de bas en haut et de gauche à droite, présentant son grand diamètre dans le même sens. L'ensemble de cette ouverture était taillé en biseau de manière à former en bas une lèvre amincie sur laquelle la muqueuse vésicale se montrait à nu, tandis qu'en haut se trouvait un rebord saillant d'une assez grande épaisseur, disposition qui rappelait assez bien celle de la fosse ovalaire de l'oreillette droite du cœur. Plus bas et à la distance d'un centimètre existait une seconde fistule de trois millimètres de diamètre, pour ainsi dire cachée au fond d'un pli du vagin.

L'opération est pratiquée le 31 juillet. Avant de la faire j'avais pris la résolution de ne point réunir les deux fistules en une seule, comme on l'a conseillé, mais de me borner à enlever la paroi vaginale de la substance intermédiaire aux ouvertures, pour conserver ainsi la muqueuse vésicale comme une garantie contre l'écartement des bords. L'avivement est commencé par le côté gauche ; il ne présente d'autres particularités que la dureté des tissus dans le voisinage du col et la sensibilité toute particulière de cette région, qui contraste avec la quasi-insensibilité du reste des pourtours fistuleux. Après ce temps de l'opération, la plaie, dirigée en haut et à droite, offre une étendue de six centimètres et commence vers la partie inférieure du vagin pour aboutir au col utérin. Il y a peu d'hémorrhagie. Des quatorze points qui forment la suture, ceux qui avoisinent le col sont difficiles à passer et déterminent une vive douleur. Le placement et la torsion des fils métalliques me donnent une bien vive contrariété : le fil qui m'est présenté et qui a été acheté pour l'hôpital à un nouveau fournisseur, est de si mauvaise qualité qu'il se casse à différentes reprises au moment de la torsion. De là un grand retard résultant de l'obligation où je me trouve de refaire plusieurs points et d'envoyer chercher ailleurs du fil vierge et recuit, d'une grosseur et d'une résistance convenables. Ayant commencé l'avivement à onze heures, je ne termine la torsion des fils d'argent qu'à une heure et un quart.

Malgré la durée des différents temps de l'opération, la patiente n'a poussé aucune plainte ni témoigné aucune impatience. Reportée dans son lit, elle s'y trouve très à l'aise et ne paraît nullement fatiguée. Elle continue à se bien porter pendant tout le reste du traitement; elle n'a pas une seule fois l'envie d'aller à la selle. La sonde, qui se bouche fréquemment, doit être très-souvent renouvelée;

l'instrument sort plusieurs fois de la vessie et permet ainsi une certaine accumulation d'urine, qui s'écoule après un nouveau cathétérisme. Le 8 août, j'extrais les fils, qui sont cachés profondément dans des chairs un peu boursouflées; pendant que je les retire, il ne s'écoule ni sang ni urine, et une injection poussée dans la vessie ne fait sourdre aucune goutte de liquide par la plaie. L'adhésion a donc eu lieu; toutefois je juge convenable de laisser encore la sonde pendant deux jours.

10 août. La sonde a été enlevée et la malade a fort bien uriné spontanément pendant la nuit.

11 août. Je procède à une dernière visite qui me prouve que la guérison est solide; l'opérée sort de l'hôpital parfaitement rétablie.

J'ai rendu visite à cette femme le 10 mars 1870. Elle m'a dit qu'elle n'avait pas cessé, depuis l'opération, d'uriner naturellement et sans incommodité. Elle a eu, un mois après sa guérison, une grossesse qui s'est terminée à sept mois par un accouchement prématuré artificiel. Depuis, les règles ont apparu aux époques normales. A partir du moment de l'établissement de la fistule jusqu'à celui de l'opération, elle n'avait été menstruée qu'une fois, peu de temps avant son entrée à l'hôpital.

Le vagin examiné au spéculum m'a présenté une paroi antérieure très-raccourcie. A quatre centimètres du méat urinaire, j'ai trouvé une surface de deux centimètres environ offrant un aspect un peu plus lisse que les environs; une ligne bleuâtre s'y dessinait transversalement, et l'on y remarquait encore quelques stries blanches peu élevées, dirigées dans le même sens. Deux fils métalliques, placés à la distance d'un centimètre l'un de l'autre dans la direction d'une ligne allant un peu de gauche à droite et de bas en haut, étaient restés dans les chairs. Tous deux sortaient de

la paroi vaginale sur une petite saillie ressemblant à un bourgeon lisse et non saignant; celui de droite était plus profondément engagé que celui de gauche. La présence de ces fils n'avait nui en rien aux fonctions génitales. Il me fut facile de les enlever par le procédé d'extraction que je mets ordinairement en usage.

QUINZIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — OBLITÉRATION DU COL UTÉRIN.

Opération. — Guérison. — Déchirure de la cicatrice. — Nouvelle opération. — Guérison.

H.... Marie, de Bruxelles, 27 ans, musicienne ambulante, d'une constitution nerveuse, petite et rachitique, entre à l'hôpital le 29 mars 1866.

Cette femme s'est accouchée, il y a quatre ans, à la maternité d'une ville de province. L'interne ayant reconnu un rétrécissement très-prononcé du bassin et une présentation par les pieds, chercha à terminer l'accouchement en exerçant de fortes tractions sur ceux-ci, mais sans y parvenir. Après trois applications du forceps faites à différents intervalles dans l'espace de vingt heures, il fallut procéder à la détroncation, et ce ne fut que deux jours plus tard qu'on put retirer la tête au moyen du forceps. L'arrière-faix sortit spontanément trois jours après.

Immédiatement après l'accouchement, un écoulement d'urine se fit par le vagin et ne cessa plus depuis. Des accidents très-graves se déclarèrent : le ventre devint extrêmement sensible; des lambeaux de tissus mêlés de sang et

de pus et plus tard de concrétions urinaires, s'échappèrent par la vulve. La femme dut passer dans le service de la chirurgie, où elle resta pendant six mois. Sortie de l'hôpital, elle entra plus tard dans les salles d'un établissement d'une autre ville; mais, après y avoir séjourné assez longtemps, voyant qu'on n'y tentait rien pour la guérir, elle résolut d'abandonner son mal à la nature et de rentrer chez elle. Ce ne fut que sur les instances de quelques élèves, qui lui promirent une guérison presque certaine si elle voulait se confier à mes soins, qu'elle changea d'avis et se décida à réclamer encore les secours de la chirurgie.

En examinant le vagin de cette femme, je découvris, à six centimètres environ du méat urinaire, une fistule pouvant à peine admettre une sonde de femme. Elle était située au fond d'une petite cavité infundibuliforme, derrière laquelle il y avait un sillon transversal de quatre millimètres de profondeur. Sur le bord postérieur de ce sillon existait une saillie inégale qui correspondait probablement à l'ancien emplacement du col, puisque celui-ci n'était représenté par aucun autre indice et que, malgré toutes mes recherches, il me fut impossible de trouver derrière la saillie autre chose qu'un cul-de-sac régulier, parfaitement lisse, sans aucune espèce de protubérance ni d'ouverture. Évidemment une pareille disposition avait dû rendre la menstruation impossible : aussi la femme me déclara-t-elle que depuis les premiers mois de sa grossesse elle n'en avait plus observé aucune apparence ni par le vagin ni par la vessie. Chose remarquable, cette suppression ne l'avait guère incommodée, sauf pendant les premiers mois qui avaient suivi l'accouchement, où elle avait ressenti un peu de gêne et de fatigue aux époques menstruelles.

Le 11 avril, jour de l'opération, je commence par enfoncer un ténaculum dans la paroi vaginale pour rappro-

cher le fond du canal de l'orifice vulvaire. Je pratique ensuite avec assez de facilité un avivement antéro-postérieur, qui laisse en dessous de lui, vers l'intérieur de la vessie, le sillon situé à la région postérieure de la fistule, et qui intéresse une partie de la saillie correspondant à l'ancien col utérin. C'est en cet endroit seulement que la résection devient un peu plus délicate et moins facile, à cause de la présence d'un tissu dur et coriace que le tranchant des instruments a de la peine à entamer. C'est là aussi que la suture offre un peu plus de difficulté et que je suis obligé, pour la mener à bonne fin, de remplacer les aiguilles de M. Sims par de fortes aiguilles à petite courbure dans le genre de celles de Jobert de Lamballe. La suture comprend sept fils. L'ensemble de la manœuvre chirurgicale dure cinquante minutes.

Les suites de l'opération ne présentent, comme circonstances à noter, que des envies journalières et très-impérieuses d'aller à la selle. Pendant les huit premiers jours, ces envies sont réprimées, quoique assez difficilement, par l'acétate de morphine. Mais, dans la nuit du 19 avril, un nouveau besoin devient irrésistible malgré l'usage du médicament, et la malade évacue une garde-robe abondante.

Le lendemain matin, je procède à l'enlèvement des fils d'argent, que je trouve enfoncés dans une espèce de gros tubercule faisant saillie dans le vagin. La petite opération terminée, j'injecte comme à l'ordinaire de l'eau tiède dans la vessie en recommandant à la femme de pousser doucement, et je ne vois rien sourdre par la région opérée : j'ai donc des raisons de croire que la fistule est guérie. Je laisse cependant encore la sonde à demeure jusqu'au lendemain.

21 avril. J'ôte la sonde et je recommande de pratiquer le cathétérisme quatre ou cinq fois par jour.

22 avril. Comme plus rien ne s'est écoulé par le vagin

malgré l'absence de la sonde, je crois pouvoir dire à l'opérée que je la considère comme définitivement guérie. Après mon départ, elle se livre à une joie folle, saute et danse pendant une bonne partie de la journée.

23 avril. En se promenant dans la cour de l'hôpital, elle s'aperçoit que quelques gouttes d'urine s'écoulent par le vagin. A mon arrivée, je l'examine et je constate, à mon grand étonnement, qu'un petit pertuis s'est reformé au milieu de la ligne cicatricielle. J'ai beau retenir la femme au lit pendant quelques jours et lui replacer une nouvelle sonde, l'écoulement persiste et il n'y a bientôt plus à douter que la déchirure de la cicatrice n'a aucune tendance à se fermer.

30 avril. L'opérée quitte l'hôpital en nous disant qu'elle reviendra plus tard se soumettre à une nouvelle opération.

Je perdis cette femme de vue pendant un certain temps; j'appris seulement qu'elle continuait à exercer son métier dans une autre ville du pays. Mais elle revint, en 1869, me demander de vouloir bien achever sa guérison.

A son entrée à l'hôpital, je lui trouvai un pertuis situé sur la ligne médiane, à peine assez grand pour admettre un stylet. Derrière cet orifice existe toujours une paroi formant cul-de-sac, parfaitement lisse et n'offrant aucune trace de col utérin. Le vagin est notablement raccourci, de sorte que la fistule, placée à environ cinq centimètres du méat urinaire, ne se trouve distante que d'un centimètre et demi du fond du canal. La santé de la femme est restée assez bonne. Seulement elle paraît très-impressionnable et disposée à l'hystérie.

Le 20 mars, je procède à l'opération, qui n'offre rien de particulier, sauf que l'avivement se fait d'avant en arrière. Huit points de suture. Sonde renouvelée tous les jours avec changement dans sa courbure. Acétate de morphine.

Le 23, malgré l'administration de la morphine, l'opérée

ne peut résister à l'envie d'aller à la selle et évacue une grande quantité de matières solides.

Le 29, la femme se sentant un peu incommodée me demande de ne pas encore enlever les fils. Je tarde donc jusqu'au 30, et je trouve alors qu'ils ont tous passé à travers les chairs et sont logés dans une espèce de rainure transversale située vers le fond du vagin, excoriée, saignante et présentant tous les caractères d'une plaie de formation récente. La ligne de réunion antéro-postérieure semble cependant dans de bonnes conditions et une injection poussée dans la vessie ne fait pénétrer aucune gouttelette dans le vagin.

Le 31, l'opérée dit n'avoir plus rien perdu et il en est de même les jours suivants.

Le 5 avril, la malade est mélancolique; elle me dit qu'elle s'est levée la veille, et qu'elle a perdu pendant la nuit une assez grande quantité d'urine. Soupçonnant une nouvelle rupture de la cicatrice, j'examine la paroi vaginale, mais je n'y découvre aucun orifice : la plaie transversale, située à l'endroit où j'avais trouvé les fils, existait toujours, mais la cicatrice antéro-postérieure paraissait solide. Une injection poussée et maintenue dans la vessie pendant qu'un doigt bouche le méat urinaire, n'amène aucun suintement dans le vagin, quelque effort qu'on fasse faire à la femme; mais, chose remarquable, quand on lève le doigt, elle ne peut expulser elle-même le liquide et l'on doit extraire celui-ci avec la sonde. Il est évident que l'incontinence nocturne est liée à un état maladif de la vessie : j'administre donc deux centigrammes d'extrait de belladone; badigeonnage de la plaie avec de la teinture d'iode.

Pendant trois jours, l'incontinence disparaît, mais elle revient le quatrième. Administration du bromure de potassium.

L'incontinence, au dire de la malade, diminue sous

l'influence de ce nouveau traitement. Le 20, elle prétend en être complétement débarrassée. J'en doute un peu, car je remarque que l'opérée, un peu confuse de son infirmité vésicale, ne s'exprime pas avec une entière franchise. Cependant, comme je pense que la continuation de son séjour à l'hôpital ne peut que lui être nuisible, je l'examine de nouveau avec soin et, après avoir constaté que la cicatrice est solide et que l'excoriation qui l'avoisine est presque complétement guérie, je signe son *exeat* le 23 avril.

Malgré les recherches que j'ai faites récemment, je n'ai pu retrouver cette femme pour la visiter.

SEIZIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICALE CERVICO-UTÉRINE PROFONDE.

Une opération. — Guérison.

D..., Joséphine, âgée de 37 ans, de Renaumont (Luxembourg), entre à l'hôpital le 23 octobre 1866.

Sa constitution est bonne, quoiqu'elle soit d'une très-petite stature. Elle a eu six enfants, dont le second et le quatrième seulement sont encore en vie. Les quatre autres sont morts quelques mois après leur naissance. Tous ses accouchements ont été laborieux, surtout le dernier, qui a eu lieu au mois de juin 1866 et qui a dû être terminé, après deux jours de souffrances, par l'application du forceps. L'enfant, qui était fort et volumineux, a vécu trois mois. Immédiatement après la délivrance, l'accouchée s'est aperçue qu'elle perdait ses urines par le vagin et que le

besoin de la miction avait disparu. Plusieurs médecins furent appelés pour remédier à cette infirmité, différents traitements essayés, mais sans rien changer à l'état de la malade.

Lors de mon examen au spéculum, je trouve toute l'étendue du vagin dans l'état normal, sans aucune apparence d'ouverture. L'écoulement devant cependant venir de quelque part, je porte mon attention sur une espèce de cul-de-poule aplati, froncé, de près de trois centimètres de largeur, que j'aperçois à l'endroit où doit se trouver le col de la matrice et qui évidemment en tient lieu. Dans la cavité de ce cul-de-poule, en avant, à environ un centimètre et demi de profondeur et au milieu d'un tissu fibreux résistant, je découvre une ouverture d'un centimètre et demi de largeur, conduisant dans la vessie et limitée supérieurement par une espèce d'éperon très-aigu formé par la région la plus élevée de la paroi antérieure du col utérin. Une sonde introduite par cette ouverture pénètre facilement dans le réservoir urinaire, mais, si l'on fait la contre-épreuve par l'intérieur de la vessie, on sent que l'instrument est arrêté par une espèce de bride qui met obstacle à son passage direct dans la cavité du col, et ne permet d'y arriver qu'après de nombreux tâtonnements et pour ainsi dire accidentellement. Il est, du reste, fort peu aisé de bien s'orienter dans la disposition générale des parties, dont l'aspect est complétement métamorphosé; ce n'est qu'après avoir cherché longtemps que je parviens à trouver le conduit qui mène à la cavité de la matrice.

L'élévation de la fistule et sa proximité du repli péritonéal devaient me rendre fort circonspect dans l'exécution des incisions nécessaires à l'avivement. Pour éviter tout danger, j'introduisis et laissai à demeure dans la vessie une sonde de femme qui me servit de guide pendant tout le temps de l'opération, qui eut lieu le 30 octobre. L'avive-

ment devant nécessairement être laborieux, à cause tant de la nature du tissu sur lequel il devait porter que de la région élevée où il fallait le pratiquer, j'introduisis transversalement un fil double à travers les nodosités représentant la lèvre antérieure du col de la matrice; ce fil ainsi engagé fut attiré au dehors et me servit à rendre la fistule accessible, résultat que, dans d'autres circonstances, j'avais obtenu par le harponnement du vagin au moyen du ténaculum. Tout étant ainsi disposé, j'attaquai dans une grande épaisseur, avec un ténotome pointu, la lèvre gauche de la fistule; j'en fis ensuite autant de la droite. Arrivé à l'éperon, je dus prendre les plus grandes précautions pour remplir en même temps deux indications : ne pas enlever trop de substance, ce qui aurait pu déterminer après la réunion un trop grand rétrécissement de la cavité du col et gêner le passage des règles et des mucosités utérines; ensuite ne pas tomber dans l'excès contraire en compromettant la réunion par un avivement trop parcimonieux. Je ne pus concilier ces deux indications opposées qu'en déchiquetant et lacérant, tantôt avec des ciseaux, tantôt avec le ténotome, toute la surface nécessaire à un bon affrontement. Lorsque je me fus bien assuré (chose qui me fut assez facile, grâce à l'absence de toute hémorrhagie) que l'avivement avait la forme, la netteté et la profondeur voulues, je procédai à la suture, que j'exécutai au moyen de quatre points passés avec des aiguilles de Jobert de Lamballe et en transperçant isolément chacune des deux lèvres. Pendant ce temps de l'opération, je maintins une sonde de femme dans le canal conduisant à la matrice, afin d'être sûr de ne point oblitérer ce conduit; en même temps je fis pousser vers la fistule le bec d'une autre sonde introduite dans la vessie, pour éviter l'autre écueil, celui de blesser cet organe ou d'intéresser le péritoine.

Après la réunion par les fils d'argent, le col de la matrice

reprit à peu près sa forme ordinaire, preuve évidente qu'il avait été déchiré, écrasé et comme étalé pendant l'accouchement. Je constatai que la sonde pénétrait facilement dans l'utérus par la cavité du col reconstitué, et en même temps qu'un liquide injecté avec une certaine force et en assez grande quantité dans la vessie, ne sortait pas par la plaie réunie.

L'opération avait duré une heure et un quart et avait été parfaitement supportée par la malade. Quand elle fut terminée, celle-ci fut reportée dans son lit, et à peine y fut-elle, qu'une sonde introduite dans la vessie évacua une grande quantité d'urine (500 grammes).

Pendant les neuf jours qui suivirent l'opération, tout se passa de la manière la plus satisfaisante. Pas de douleurs, pas de fièvre, conservation de l'appétit, pas d'écoulement par le vagin, constipation parfaitement maintenue au moyen de l'acétate de morphine. L'opérée ne cessa de conserver sa bonne humeur et sa gaieté, ni de témoigner sa confiance dans une guérison prochaine.

Le 7 novembre, j'enlevai les fils et j'eus la satisfaction de voir que la réunion était des plus parfaites. Aucun fil n'avait bougé; les tissus embrassés par les anses n'étaient ni gonflés, ni déchirés. Il paraissait évident que la réunion par première intention s'était faite d'emblée.

Je maintins encore la sonde à demeure pendant quelques jours et recommandai le repos.

Le 11 novembre, l'opérée urina plusieurs fois sans sonde et aussi facilement qu'il est possible de le faire.

Le 14 novembre, elle sortait de l'hôpital.

Le 19 février 1870, M. le docteur Dechesne, de Saint-Hubert, me donna sur cette opérée les renseignements suivants :

Elle avait très-régulièrement ses menstrues à l'époque

où elle portait sa fistule. Depuis l'opération elles ont repris leur cours normal. Une grossesse étant survenue onze mois après la guérison de la fistule, la femme s'est accouchée à sept mois d'un fœtus mort, sans que la paroi vésico-vaginale en souffrît. Sept mois après, il survint une nouvelle grossesse qui se termina par un accouchement à terme; malheureusement il fut impossible d'extraire l'enfant, qui présentait le bras, sans détacher ce membre et faire ensuite la crâniotomie suivie de l'application du forceps. Il survint une nouvelle fistule un peu au-dessous du col utérin. La femme a l'intention de venir encore me trouver pour me demander de la soumettre à une seconde opération.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Une opération. — Guérison.

D... Lydie, de Saint-Josse-ten-Noode lez-Bruxelles, âgée de 30 ans, ménagère, d'un tempérament nerveux, de petite stature, entre à l'hôpital le 12 juin 1867.

Le 23 avril dernier, elle accoucha pour la première fois. La poche des eaux se rompit quatre jours avant l'accouchement et des douleurs sans résultat se manifestèrent à partir de cette époque. Le forceps dut être appliqué, et ce n'est qu'après deux heures de tractions qu'on parvint à amener l'enfant. Celui-ci était dans un état affreux : il avait le crâne brisé et un œil sorti de son orbite. Après la délivrance, il survint à la lèvre droite de la vulve un engorgement qui se termina trois semaines après par l'ouver-

ture d'un énorme abcès. Trois jours après l'accouchement la patiente sentit l'urine s'écouler par le vagin.

Sept semaines à peine s'étaient passées depuis les couches, lors de l'entrée de cette malade. Après les accidents qu'elle avait subis, on pouvait se demander si, au point de vue de l'opération, sa fistule ne devait pas encore se trouver dans de mauvaises conditions. Je l'examinai avec la persuasion que je trouverais des contre-indications; mais, contre mon attente, je vis que le vagin était dans l'état normal et simplement perforé, à un pouce environ du col de la matrice, par une fistule grande comme une lentille, à bords solides et nettement circonscrits, présentant tous les caractères requis pour l'avivement et la réunion. Revenant donc de ma première idée, je résolus d'agir immédiatement.

Le 15 juin, je me disposais à pratiquer l'opération, lorsque je m'aperçus que la femme était réglée; elle me dit que le sang avait commencé à couler depuis le matin. Ce contre-temps me fit hésiter un instant. Cependant, tenant compte de ce que la fistule était à une certaine distance du col utérin, et que par conséquent j'avais des chances de ne point influencer la congestion utérine par la manœuvre chirurgicale, prenant aussi en considération le vif désir qu'avait la patiente d'être débarrassée au plus tôt de son infirmité, je me décidai à passer outre et à opérer séance tenante.

L'avivement marcha rapidement et se fit d'avant en arrière. La pose des fils, au nombre de sept, la substitution des fils d'argent à ceux de soie, leur torsion, ne présentèrent rien de particulier. L'opération dura quarante minutes.

Les jours suivants, les règles coulèrent comme d'habitude. Il y eut quelques coliques utérines qui n'offrirent rien que la femme n'eût déjà ressenti aux époques menstruelles antérieures. Au troisième jour, l'écoulement de sang diminua un peu et finit par disparaître, au point

que, le neuvième jour, époque de l'enlèvement des fils, je n'en découvris plus aucune trace.

Le traitement ne fut entravé par aucun accident. Seulement, comme la sonde avait une grande tendance à sortir, je jugeai convenable, comme je l'avais déjà fait chez Catherine H..., de la fixer aux poils de la vulve au moyen d'un fil. La femme se trouva si bien de cet expédient, il lui donna une telle tranquillité et une telle sécurité que, deux jours après, ayant détaché l'instrument pour le nettoyer et ayant fait mine de vouloir le replacer sans le fixer, elle me demanda instamment de l'attacher comme j'avais fait de l'autre.

Après l'enlèvement des fils, qui eut lieu le 24 juin, je reconnus que la fistule était entièrement fermée. Je laissai encore la sonde en place pendant deux jours.

Le 26, la sonde étant encore sortie, la malade a uriné seule et sans inconvénient. La miction fut seulement un peu douloureuse au commencement et à la fin de l'acte.

Le 27, un nouvel examen me démontra que la fistule était positivement et solidement oblitérée. Je permis à l'opérée de se lever.

Le 29, les douleurs en urinant ayant cessé et la malade se trouvant dans un état des plus satisfaisants, je lui permis de sortir de l'hôpital.

Il m'a été impossible de découvrir le nouveau domicile de cette opérée, et par conséquent d'obtenir d'elle les renseignements complémentaires que j'aurais désirés.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICALE CERVICO-URÉTHRO-VAGINALE.

Huit opérations. — Autoplastie par inclinaison d'un lambeau vaginal. — Insuccès. — Établissement d'un nouveau canal de l'urèthre. — Nouvelle opération. — Guérison avec miction imparfaite.

H..., Catherine, âgée de 24 ans, de Hoorebeke-Saint-Corneille (Flandre orientale), entre à l'hôpital le 16 octobre 1865.

Cette femme est d'une constitution robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle a eu un seul accouchement, le 30 décembre 1859. Le travail dura deux jours et la tête resta engagée pendant douze heures sans que la sage-femme songeât à appeler un homme de l'art. A la fin, la tête sortit seule sans le secours d'aucun instrument et le placenta suivit bientôt le fœtus. Selon la patiente, les urines se seraient écoulées en assez grande quantité par le vagin dès la veille de l'accouchement; mais il était difficile de savoir si cet écoulement provenait bien de la vessie ou si les eaux amniotiques n'avaient pas été prises pour de l'urine. Quoi qu'il en soit, à partir de la délivrance, la sortie du liquide par le vagin continua, mais non d'une manière continue, la femme pouvant souvent le retenir pendant un certain temps, toujours très-court à la vérité. Les menstrues se montrèrent régulièrement à leurs époques ordinaires.

A l'arrivée de la malade à l'hôpital, je constate que le col de la vessie est en partie détruit et que la seule portion qui en reste se montre sous la forme d'une espèce de lame triangulaire à base tournée en haut, sur laquelle se dessi-

nent quelques lignes rougeâtres. A la place de la portion absente du col se trouve une vaste ouverture transversale présentant la forme d'une grande boutonnière, dont les deux angles, extrêmement aigus, adhèrent fortement aux parois du pubis. La partie antéro-inférieure de l'ouverture empiète sur la région postéro-supérieure du canal de l'urèthre, dont il ne reste qu'une étendue de deux centimètres environ. Au milieu de l'ouverture est tendue une lanière transversale dont les deux extrémités sont aussi fixées aux parois osseuses. La présence de cette bandelette divise la fistule en deux parties, une postérieure par laquelle la sonde entre directement dans la vessie, une antérieure qui la conduit dans le canal de l'urèthre. Quand on introduit la sonde par le méat urinaire, elle vient buter contre la bride, et il faut imprimer à son bec un mouvement qui le reporte fortement en haut et en avant pour pouvoir le faire pénétrer dans la poche vésicale. La bride paraît formée d'un tissu résistant et recouverte d'une muqueuse endurcie. Derrière la fistule, le bas-fond de la vessie fait une forte saillie qui est poussée en bas par la lèvre antérieure du col de la matrice, laquelle est hypertrophiée au point de présenter le volume d'un œuf de pigeon. Le bas-fond, dans ses mouvements de descente, se place en-dessous de la fistule et la ferme hermétiquement, ce qui explique la faculté que possède la femme de retenir momentanément ses urines. Les grandes lèvres, la marge de l'anus, les fesses, la partie supérieure et interne des cuisses sont le siége d'excoriations douloureuses et d'eschares superficielles.

Le 23 octobre, je procède à l'opération, qui est longue et pénible, car elle ne dure pas moins de quatre heures. Je commence par circonscrire avec le ténotome les bords de l'angle gauche et j'emporte avec les ciseaux courbes tout l'îlot allongé de substance ainsi délimitée, en ayant

bien soin d'enlever exactement le fond de la fente située au milieu de l'îlot. La lèvre postérieure de la fistule est avivée largement, en partie avec les ciseaux, en partie avec le ténotome. La lèvre antérieure l'est d'une manière plus parcimonieuse, car j'ai là à ménager la portion restante du canal de l'urèthre sur laquelle le biseau saignant doit être pratiqué en partie. La languette intermédiaire est simplement rasée à sa surface et laissée en place. A l'angle droit, je pratique la même perte de substance qu'à l'angle de gauche, mais avec beaucoup plus de difficultés, les tissus y étant encore plus durs et plus adhérents. Quinze points de suture sont nécessaires pour boucher l'ouverture. Je place les fils de soie à partir de l'angle gauche, où les lèvres sont tellement disposées que je suis forcé, à chaque point, de commencer par traverser l'inférieure avec une aiguille droite, puis de perforer la supérieure avec une aiguille courbe, ce qui m'oblige à réenfiler un de ces instruments entre les deux temps du passage du fil. Vers le milieu de la fistule, je passe d'un seul coup à travers les deux bords de la plaie avec une longue aiguille droite, que je glisse sous la bride médiane en la laissant intacte, de manière que celle-ci soit simplement en contact avec la face profonde de la plaie. A l'angle droit, je suis encore forcé de procéder en deux temps comme à l'angle gauche; mais en outre, j'y rencontre plus d'obstacles et j'y casse même une aiguille, dont le tronçon doit être ensuite retiré des tissus. En substituant les fils d'argent aux fils de soie, il arrive qu'au troisième point la petite anse métallique rencontre une telle résistance au moment de son entrée dans les chairs, que le fil de soie qui l'entraîne se rompt. Je me trouve alors dans l'alternative, ou de replacer un nouveau point qui peut lacérer les tissus, au grand détriment de la réunion future, ou de m'en dispenser en m'exposant à laisser trop d'intervalle entre deux fils. M'étant déjà mal trouvé, dans un cas

analogue, d'avoir choisi la première alternative, j'adopte la seconde, me basant sur cette considération qu'en réalité les points ne sont pas très-éloignés les uns des autres.

L'avivement, le passage des aiguilles et en général tous les temps de l'opération ont été fortement contrariés par la tendance du bas-fond de la vessie à venir se placer au-dessous de la fistule, chaque fois que la patiente faisait un effort ou poussait un cri. En vain le spéculum refoulait à chaque instant la cystocèle : la moindre contraction des muscles abdominaux faisait glisser la paroi maintenue sous le bec de l'instrument, et cela s'opérait souvent brusquement, à l'improviste, au moment où je m'y attendais le moins et où les pointes des aiguilles se trouvaient dirigées vers le bas-fond de la vessie. J'ai regretté depuis de ne pas avoir songé à maintenir la paroi vaginale relevée au moyen de l'élévateur utérin de M. Sims, ou à la fixer en arrière, au delà de la fourchette, au moyen d'un fil ou d'un ténaculum passés à travers sa substance; j'aurais évité ainsi une grande perte de temps et une cause d'inquiétude incessante pendant toute la durée de la manœuvre opératoire.

L'opération terminée, j'injecte dans la vessie une certaine quantité d'eau tiède dont aucune particule ne revient par la plaie. La femme est alors transportée dans son lit et une sonde est placée dans le canal de l'urèthre. Immédiatement après cette introduction, la patiente, qui a assez bien supporté la longue durée et les douleurs de l'opération, est prise d'un petit frisson bientôt suivi d'une bonne réaction.

Le 24, il y a un peu de fièvre et de la sensibilité au bas-ventre. L'appétit est nul. La malade tousse et à chaque effort de toux il y a un peu d'exacerbation de la douleur hypogastrique. Cataplasme laudanisé sur l'abdomen. Deux centigrammes d'acétate de morphine.

La sonde étant encrassée par des sédiments urineux, je la retire et la nettoie. En la replaçant, je suis désagréablement surpris de sentir l'instrument frotter contre un fil métallique, ce qui n'avait pas eu lieu la veille. Quelle peut avoir été la cause de ce changement fâcheux? La femme, ou quelque infirmière aurait-elle essayé de replacer la sonde sortie du canal, en la poussant vers le bas de l'urèthre ou en cherchant à forcer le passage un peu resserré à l'endroit de la suture? C'est ce que je n'ai pu savoir et ce qui du reste était devenu assez indifférent, le mal étant fait et irréparable.

Le 25, la fièvre et les douleurs diminuent. L'appétit renaît un peu. Les urines continuent à s'écouler par la sonde.

Les jours suivants, la santé est complétement rétablie.

Le 27, en pratiquant un nouveau cathétérisme, je ne rencontre plus le fil que j'avais touché quelques jours auparavant.

Le 31, je place l'opérée sur la table et, après avoir appliqué le spéculum, je procède à l'enlèvement des fils métalliques. Tous ont bien tenu, sauf deux, situés juste au milieu de la fistule, derrière le canal de l'urèthre. Il reste là une ouverture de la largeur d'une lentille.

L'opération a donc eu pour résultat de diminuer beaucoup l'étendue de la fistule; mais il est évident que cette modification de l'ouverture n'aura aucune influence sur l'incontinence d'urine. L'échec est par conséquent réel, et il ne faut pas se bercer de l'illusion de pouvoir le réparer par des cautérisations ou l'application de moyens unissants.

Dans cet état de choses, j'aurais désiré que l'opérée retournât dans ses foyers et me revînt plus tard; mais elle préféra rester à l'hôpital jusqu'à parfaite guérison.

Pendant le temps qui fut employé au raffermissement des tissus opérés, l'on observa que la femme était hystérique et nymphomane.

Deux mois et demi après la première opération, le 13 janvier 1866, je crus le moment venu de faire une nouvelle tentative. L'inspection des parties me faisait espérer de pouvoir cette fois obtenir la guérison. En effet, la fistule s'était rétrécie au point de ne plus admettre une sonde ordinaire; située sur la ligne médiane, au point de jonction du canal de l'urèthre avec le col vésical, ses bords semblaient présenter une assez grande épaisseur et être favorablement disposés pour un bon avivement. J'avais, du reste, la ressource de diriger la plaie obliquement de droite à gauche et de bas en haut, ce qui me permettait d'éviter une lésion trop étendue du canal de l'urèthre et de m'éloigner d'une partie du tissu cicatriciel. Je croyais donc avoir toutes les chances pour moi; dans cette persuasion, je me mis à l'œuvre avec confiance.

Je fis sans difficulté l'avivement dans le sens que je viens d'indiquer. Pendant ce temps de l'opération, je constatai, d'une manière plus claire que la première fois, la dureté et l'épaisseur du tissu formant le contour postérieur de l'orifice fistuleux, et les douleurs vives que je provoquais quand j'opérais sur lui. L'introduction des aiguilles dans cette substance, qui appartenait évidemment au col, se fit également avec peine et en déterminant de vives souffrances. Onze fils furent placés assez près les uns des autres. L'endroit précis du passage de chaque aiguille fut constamment contrôlé avec le plus grand soin au moyen d'une sonde métallique maintenue à demeure dans le canal de l'urèthre, afin d'être certain qu'aucun point de suture ne pénétrât jusque dans la cavité de ce conduit. Aucune hémorrhagie ne vint me contrarier. L'opération dura une heure et demie.

Pendant l'introduction de la sonde d'étain, je sentis l'instrument comme étranglé au moment de son passage à travers le col, et en même temps l'opérée se plaignit d'une

vive douleur. Attribuant ce phénomène à un spasme du sphincter, j'insistai doucement pendant quelques instants, et je réussis bientôt à pénétrer dans la vessie sans avoir provoqué un écoulement sanguin.

Pendant les huit jours qui suivirent l'opération, il y eut à différents reprises des ténesmes vésicaux assez violents, alternant ou coïncidant avec des envies d'aller à la garde-robe. Ces accidents furent combattus par la morphine. L'appétit fut peu prononcé, mais il ne se présenta aucun autre phénomène inquiétant.

Le 21, je retirai les fils d'argent et immédiatement après je poussai une injection d'eau tiède dans la vessie. Le liquide sortit par la sonde et ne revint pas par le vagin : c'était un bon signe; mais je n'osai pas trop m'y fier, car il était possible que la sonde bouchât un pertuis et empêchât l'eau d'y passer. Il est vrai que je n'apercevais aucun orifice sur le trajet de la plaie; mais, comme les chairs étaient un peu boursouflées, il pouvait se faire qu'il s'en cachât un dans quelque anfractuosité. A tout hasard, je remis la sonde et la laissai encore à demeure pendant deux jours.

Le 23, je la retirai après avoir préalablement rempli la vessie de liquide. Alors, plaçant l'indicateur sur le méat urinaire et faisant faire à la femme un effort d'expulsion, je vis l'eau sourdre par un petit pertuis de la grandeur d'une tête d'épingle, qui avait persisté à l'endroit où se trouvait précédemment l'ouverture.

Le 5 février, curieux de voir ce qui se passait, je fis un examen minutieux de l'entrée du vagin et je remarquai, non-seulement que le pertuis persistait, mais de plus qu'il se trouvait de chaque côté, vers les deux angles de la première fistule, un petit orifice tellement délié qu'il était impossible d'y introduire le petit crochet mousse, et que, pour y pénétrer, il fallait employer un stylet extrêmement

fin, légèrement recourbé de manière à ce qu'on pût l'engager d'arrière en avant. Le trajet de ces deux petits pertuis était sinueux, de sorte qu'il était impossible de le suivre pour arriver dans la vessie. Ils ne donnaient pas d'urine dans les efforts de miction ordinaires; mais lorsque, après avoir bouché la fistule centrale et le méat urinaire, on ordonnait à la femme de pousser pendant un certain temps, on voyait le liquide s'échapper en bavant par leur orifice.

Nul doute donc! Non-seulement mon espoir ne s'était pas réalisé, mais je me trouvais en présence d'une nouvelle complication!

Avant de recommencer mon travail pour la troisième fois, je voulus voir si la galvano-caustie ne pourrait pas me rendre service et me dispenser au moins d'attaquer les deux petits pertuis latéraux. J'appliquai en conséquence sur ces orifices et sur la fistule centrale le fil de platine terminal de l'appareil de Grenet, en agissant en même temps sur les ouvertures, sur les trajets fistuleux et sur les parties environnantes. J'introduisis après cela une sonde à demeure dans la vessie. L'usage de ce nouveau moyen eut pour résultat l'oblitération de la petite ouverture de gauche; mais quant à celles de droite et du milieu, elles ne subirent aucune modification favorable et elles parurent même s'être un peu agrandies.

Il fallait donc en revenir à la méthode américaine. En la mettant en usage, j'aurais bien voulu cette fois pouvoir faire une réunion tout à fait directe d'avant en arrière, car je soupçonnais que les ténesmes vésicaux que j'avais observés et que je considérais comme ayant compromis le succès, pouvaient avoir été le résultat du tiraillement exercé par les fils d'argent sur les fibres musculaires du col. En faisant la réunion dans le sens directement antéro-postérieur, j'aurais pu espérer que les aiguilles et les fils pénétreraient entre les fibres musculaires de manière à les mettre

à l'abri de l'excitation et de l'étranglement. Malheureusement le petit pertuis de droite m'empêchait d'agir ainsi et me forçait de réunir transversalement les deux orifices pour les comprendre dans la même suture. Je fis donc un avivement qui, partant d'un centimètre environ à gauche de la fistule principale, se dirigeait à droite en embrassant le pertuis de ce côté jusqu'à un centimètre au delà. Neuf fils furent appliqués, dont six au niveau de l'orifice vésico-uréthral et trois sur la région du pertuis latéral. L'opération, qui fut faite le 13 mars, dura une heure vingt minutes; elle ne fut pas aussi bien supportée que les autres, et la patiente fut en proie pendant toute sa durée à un éréthisme nerveux qui se termina par une espèce d'attaque d'hystérie.

Les 14, 15, 16, 17, mêmes ténesmes que les fois précédentes. L'acétate de morphine ne parvient pas à les dompter.

Le 18, l'opérée dit qu'il lui est devenu impossible de supporter davantage la sonde à demeure. Je l'ôte momentanément et je fais pratiquer le cathétérisme toutes les trois heures. Le soir, on replace la sonde à la demande de la femme elle-même.

Le 21, l'examen du vagin fait constater que trois fils ont traversé les tissus vers le milieu de la suture. A l'angle droit tout a bien tenu. L'opération n'a donc produit aucune amélioration dans l'état de l'orifice principal, mais elle a déterminé l'oblitération du pertuis latéral, ce qui du moins me donnera les coudées franches pour le choix d'un mode d'avivement et de réunion, lors d'une opération ultérieure.

Toujours dominé par l'idée que la cause de mes insuccès pouvait dépendre de l'étranglement des fibres musculaires du col par les fils, je pratiquai, le 15 avril, une quatrième opération avec la ferme détermination d'éviter autant que possible cet inconvénient. La conviction que je pouvais y parvenir en pratiquant une réunion antéro-postérieure

me fit espérer qu'en suivant ce procédé avee précaution je parviendrais enfin à mon but. J'exéeutai donc un avivement dont l'angle inférieur reposait sur la portion restante du canal de l'urèthre, et dont le supérieur intéressait la la partie inférieure et médiane du vagin. En faisant la suture, j'eus bien soin de diriger les aiguilles tout à fait transversalement pour les insinuer autant que possible entre les eereles musculaires de l'orifice vésieal. Je crus ainsi avoir fait tout ee qui était possible pour éviter les spasmes de la vessie. Mais je fus eneore une fois trompé dans mon attente, et malgré toutes mes préeautions, les mêmes symptômes que j'avais observés précédemment se manifestèrent de nouveau et furent suivis de conséquenees absolument semblables. La fistule persista, peut-être même avec une légère augmentation dans ses dimensions.

Surpris de cette ténaeité de la maladie et ne pouvant cependant encore me résoudre à croire à l'impuissance de la suture, je résolus de tenter un dernier effort, et, le 18 juin, je refis l'opération précédente avec un redoublement d'attention. La sonde, eomme toujours, fut laissée à demeure dans la vessie, après avoir passé un peu difficilement par le eanal de l'urèthre. Bientôt toutes mes espérances s'évanouirent, car, dès le troisième jour, après de violents ténesmes, les urines firent irruption à travers la fistule; une suppuration abondante se manifesta dans le vagin et, le neuvième jour, au milieu d'un gâchis dont je n'avais pas eneore eu d'exemple, je pratiquai l'enlèvement des fils d'argent, dont les uns flottaient à droite et à gauche, et dont les autres, après avoir traversé les chairs, étaient tombés dans le vestibule. Les conséquences de eette opération furent un agrandissement considérable de l'ouverture fistuleuse, la perte d'une partie de la paroi inférieure du canal uréthral, qui se trouva réduite à huit millimètres environ d'étendue, et la subdivision de la fistule unique

qui existait auparavant en trois orifices, dont deux se trouvaient à l'endroit du col, et l'autre, le plus grand, s'était formé aux dépens de l'urèthre.

C'en était fait! Il n'y avait plus à songer à renouveler l'application des moyens ordinaires : il y avait là évidemment une cause que je ne connaissais pas bien, mais qui n'était que trop réelle, et qui venait mettre obstacle au succès de ces opérations. Il fallait donc me tourner vers d'autres méthodes opératoires et imaginer de nouvelles combinaisons pour arriver à l'occlusion tant désirée; mais il était impossible de penser encore à un procédé dans lequel il eût fallu emprunter de la substance au canal de l'urèthre.

Le choléra sévissant à cette époque à l'hôpital, je jugeai convenable de ne plus rien tenter avant sa disparition, afin de ne pas m'exposer à des complications funestes. Je n'étais pas fâché, du reste, de donner pendant quelque temps du repos à la femme, afin de laisser se raffermir les parties qui avaient déjà si souvent été labourées par les instruments. Enfin, je désirais moi-même avoir le temps de bien étudier toutes les ressources que m'offraient encore les parties malades et de mûrir suffisamment le nouveau plan à adopter.

En octobre 1866, l'épidémie étant presque éteinte et n'ayant plus rien à craindre de ce côté, je fixai mes idées et me décidai à emprunter un lambeau de substance vaginale et à le transporter par glissement sur la face inférieure de l'urèthre et du col vésical, pour combler la perte de substance qu'avaient subie ces parties. En m'adressant ainsi à l'autoplastie je n'avais pas la prétention de réussir du premier coup, mais je me disais que je parviendrais probablement à fixer le lambeau vaginal dans le lieu que je lui destinais, ne fût-ce que par un point ou deux, et qu'ensuite je pourrais m'en servir pour terminer l'occlusion par des opérations complémentaires plus délicates et plus précises.

En même temps je comptais mettre en usage un nouveau moyen d'assujettir la sonde à demeure. Pendant l'été, il m'avait été rapporté que la nymphomanie de l'opérée était telle, qu'elle pouvait obscurcir chez elle non-seulement le sentiment des convenances, mais même l'instinct de la conservation et l'appréciation des moyens propres à favoriser sa guérison. Partant de là, je m'étais demandé si par hasard, à la suite de mes opérations précédentes, la main de la femme n'avait pas été déranger la sonde et la fourvoyer dans la région de la fistule. Je ne voulais plus conserver à cet égard aucun soupçon ni aucune appréhension, et j'avais résolu de mettre la malade dans l'impossibilité absolue de rien déranger à l'instrument et même de toucher les parties opérées ou les régions voisines. Pour cela j'avais pris le parti de fixer directement la sonde, introduite à la profondeur voulue, aux poils des grandes lèvres, au moyen d'un fil serrant dans de nombreux tours et nœuds des pinceaux de ces poils; puis de former, au-dessus et au-dessous du cathéter, une espèce d'opercule ou de bouclier solide composé de morceaux de toile superposés et attachés, au moyen de collodion, aux grandes lèvres et aux parties environnantes.

Pour réaliser ces déterminations, je me mets à l'œuvre le 24 octobre 1866. Le spéculum appliqué, je dissèque, sur la portion de vagin située immédiatement derrière les fistules et en m'aidant de la sonde introduite dans la vessie, un lambeau comprenant toute l'épaisseur de l'organe, à l'exclusion de la substance vésicale. Ce lambeau présente sa base, qui doit rester adhérente, à gauche et au-dessus des orifices anormaux; son bord droit est légèrement convexe et dépasse la région des fistules; son bord inférieur, un peu concave, longe celles-ci; son bord supérieur, fortement convexe, est le plus long, et se continue, de même que l'inférieur, avec le droit par un angle arrondi. La dissection

faite, le lambeau présente une étendue d'environ deux centimètres et demi dans son grand diamètre, qui est transversal, et d'un peu moins de deux centimètres dans le sens antéro-postérieur. La surface des petits ponts intermédiaires aux fistules et les côtés des trois orifices ayant été avivés, le lambeau est infléchi en bas, de manière que son bord droit vienne se mettre en contact avec la portion restante du canal de l'urèthre, son bord supérieur avec la partie droite de l'avivement latéral, son bord inférieur avec la partie gauche. Cette migration du lambeau bouche, par un large opercule où il y a un peu d'excès de substance, toute la région occupée par les trois ouvertures anormales. Pour fixer cet opercule, je préfère me servir de fils de soie que de fils métalliques, par la raison que les premiers ont beaucoup plus de souplesse et que, ne cherchant pas à obtenir une réunion complète du premier coup, je puis leur faire remplir le but que je poursuis en économisant (chose importante dans une suture aussi compliquée) le temps que me prendrait l'introduction successive de deux espèces de fils. Une vingtaine de fils de soie assujettissent les bords de l'opercule aux parties voisines. Pour remédier au tiraillement éprouvé par sa base, je passe un fil à travers la partie du vagin qui se trouve immédiatement derrière elle, et je l'attache à une caroncule que je rencontre à droite de la région où se trouve fixé le lambeau : un mouvement de totalité de la partie inférieure du vagin remplace ainsi la traction isolée exercée par les sutures sur le point d'attache du lambeau. Cela fait, je passe dans la vessie une sonde élastique bien lisse et je la fixe de la manière indiquée plus haut.

J'avais pris d'assez bonnes mesures et des précautions assez nombreuses pour pouvoir espérer que je retirerais au moins quelques avantages de cette opération. Mais la plus amère déception devait encore une fois en être la suite! A peine deux jours s'étaient-ils écoulés que, véri-

fiant l'état des parties, je m'apercevais que déjà plusieurs fils avaient traversé les chairs et qu'une ouverture fistuleuse s'était produite. Ayant affaire à des fils végétaux, je ne pouvais les laisser plus de quatre jours; je les retirai donc, le 28, d'une espèce de mare où ils flottaient pêle-mêle avec le lambeau complétement détaché et en pleine suppuration. Peu à peu celui-ci diminua de volume, perdit quelques parties mortifiées de sa substance, se retira en arrière, contracta de nouveau des adhérences avec la surface dont je l'avais détaché, si bien qu'au bout d'un certain temps je n'en retrouvai plus aucun vestige.

J'ai dit plus haut que l'opérée était sujette à des attaques d'hystérie : le jour où je procédai à l'enlèvement des fils, je la trouvai se débattant dans de violentes convulsions. Peut-être ces mouvements désordonnés avaient-ils pu augmenter le désordre; mais il est évident que d'autres causes en avaient antérieurement déterminé l'invasion.

Les suites définitives de mon autoplastie furent la persistance des fistules à peu près dans le même état où elles se trouvaient avant l'opération. Je n'avais rien gagné, mais aussi je n'avais pas perdu grand'chose, car en somme la portion de vagin voisine des deux fistules postérieures avait fini par reprendre à peu près sa forme et sa consistance précédentes.

Je ne me laissai pas encore décourager. En étudiant bien la conformation et le degré de mobilité relative des différentes parties voisines des orifices fistuleux, je remarquai qu'il y avait moyen de faire glisser d'avant en arrière la partie antérieure du canal de l'urèthre qui restait encore à l'état de tronçon, et de la mettre en contact avec le rebord vaginal des ouvertures postérieures. Cette possibilité me donna une nouvelle lueur d'espérance, et je me figurai que peut-être je pourrais réussir en reculant tout le canal, qui serait ainsi réduit à une étendue bien faible à la vérité,

mais suffisante cependant pour remplir encore jusqu'à un certain point ses fonctions. Je supposais bien que ce bout de conduit n'aurait pas été capable de diriger convenablement les urines, mais j'espérais que son accolement aux restes du sphincter aurait pu rendre à celui-ci une partie de son action supprimée.

Dans cette persuasion, je rafraîchis, par une septième opération faite le 11 décembre 1866, les bords opposés du tronçon uréthral et de la marge vaginale des fistules postérieures, et je les réunis par sept points de suture métallique. La ligne de réunion se dirigeait obliquement en haut et à droite. Cette manœuvre chirurgicale fut plus facile que toutes les autres et le résultat immédiat en fut le même, c'est-à-dire qu'elle eut pour effet de retenir complétement les urines dans la vessie. La sonde fut attachée aux poils, comme après l'opération précédente.

Rien de remarquable ne se passa pendant les huit jours suivants. Chose singulière, l'opérée ne se plaignit pas d'avoir le vagin mouillé, et cette circonstance lui donna, ainsi qu'à moi-même, une illusion qui ne tarda pas à disparaître comme les autres.

Par un heureux hasard, M. Sims était venu me rendre visite précisément la veille du jour où je devais procéder à l'enlèvement des fils. Comme il ne pouvait attendre jusqu'au lendemain, je devançai de vingt-quatre heures le moment de cette petite opération pour la faire en sa présence et, dans la supposition d'une non-réussite, soumettre le cas à son appréciation. Nous constatâmes ensemble que l'opération avait encore une fois échoué, et M. Sims, après avoir examiné attentivement le cas, me dit qu'on pouvait le regarder comme un des plus difficiles qu'il fût possible de rencontrer.

Cependant, pas plus que moi, M. Sims ne le considéra comme désespéré; il crut qu'il y avait encore deux choses

à tenter : 1° après avoir attendu trois mois, refaire une nouvelle opération en pratiquant de chaque côté du canal de l'urèthre une incision de Dieffenbach et en laissant la cicatrisation se faire librement, sans maintenir une sonde dans la vessie; 2° faire sous le pubis un nouveau canal de l'urèthre, le laisser se modeler sur une sonde de plomb, puis fermer la fistule par une nouvelle opération.

Le premier conseil me souriait fort peu : j'étais fatigué de chercher la guérison de la fistule dans des avivements et des sutures, et j'avais la conviction qu'un nouvel essai de ces moyens aboutirait comme tous les autres à un échec certain. Mais j'étais beaucoup plus disposé à accepter le second, car je me disais qu'à la rigueur il était possible que la présence de la sonde dans le voisinage de la plaie eût été pour quelque chose dans mes insuccès. Je pris donc la résolution de tenter en temps opportun l'application de cette nouvelle ressource.

Sur ces entrefaites, je fus contrarié par des obstacles venus de tous les côtés à la fois. La femme était en traitement depuis près d'un an et demi sans avoir obtenu aucune amélioration : le découragement s'était emparé de tout le monde; la patiente, les élèves, les sœurs hospitalières me demandèrent à l'envi de cesser des tentatives qui évidemment, selon eux, devaient rester infructueuses. Malgré tout, je tins bon et, après avoir réussi, à force de ténacité, à vaincre différents empêchements matériels qui m'avaient été suscités et les résistances que j'avais rencontrées, je finis par rendre une nouvelle opération possible, en assumant à la vérité une grande responsabilité.

Le 8 mars 1867, avant de me mettre à l'œuvre pour former un nouveau canal, je fis encore l'examen de l'entrée du vagin. Je vis avec surprise que tout l'ancien urèthre avait disparu et qu'à sa place se trouvait une simple rigole, bordée de quelques petites masses arrondies et hypertro-

phiécs. Ceci m'autorisait de plus en plus à faire l'opération projetée. Je l'exécutai à l'instant même.

La femme étant couchée sur le dos, je poussai l'indicateur gauche dans la partie postérieure de la gouttière uréthrale, vers l'entrée de la vessie. Là je rencontrai un bourrelet saillant, qui n'était autre qu'un reste du col. Je fixai la pulpe du doigt contre la moitié antérieure du rebord cervical, afin de bien marquer ainsi l'endroit où l'instrument tranchant devait entrer dans la vessie, car il était essentiel que l'orifice interne du nouveau canal fût pratiqué dans une partie des fibres du sphincter, cette précaution pouvant procurer la chance d'obtenir au moins un tronçon d'anneau contractile capable de retenir les urines. Ayant ensuite fait écarter et relever les petites lèvres par un aide, j'enfonçai sous le clitoris un petit scalpel pointu à deux tranchants, que je dirigeai d'abord vers le bord inférieur de l'arcade ligamenteuse sous-pubienne, pour en incliner ensuite la pointe en arrière et en bas vers l'endroit indiqué par la pulpe de mon index. Lorsque je fus ainsi arrivé dans la vessie, je retirai un peu l'instrument en incisant à droite et à gauche une certaine étendue de tissu, afin de donner au nouveau canal un centimètre environ de largeur. L'incision terminée, il se manifesta une assez forte hémorrhagie veineuse, résultat probable de la lésion des vaisseaux sous-pubiens; l'introduction d'une petite sonde entourée de fil de coton imbibé de perchlorure de fer mit bientôt fin à cet écoulement sanguin.

Lorsque l'hémorrhagie fut bien arrêtée, j'introduisis dans l'incision une sonde de plomb, dont j'enlevai l'extrémité antérieure pour en diminuer le poids, et je la fixai aux poils de la vulve, comme je l'avais fait dans les opérations précédentes. Cette précaution était surtout essentielle ici, car il fallait absolument avoir tous ses apaisements relative-

ment au maintien non interrompu de l'instrument dans le nouveau canal.

Après l'opération, je laissai les fistules parfaitement libres, je n'instituai aucun traitement, ne changeai rien au régime et ne cherchai pas à établir la constipation. On conçoit que ces précautions eussent été inutiles.

Le surlendemain de l'opération, la malade s'étant plainte d'assez vives douleurs au bas-ventre, je jugeai convenable d'enlever la sonde en coupant les fils qui la retenaient, et de lui donner une autre courbure pour changer le point de contact de son bec avec l'intérieur de la vessie. Cela fait, je la rattachai de nouveau comme précédemment.

Les jours suivants, les douleurs furent moindres. Les urines s'écoulant librement par les fistules, et la sonde devant plutôt servir de corps étranger que de moyen d'évacuation, je la laissai en place jusqu'au 18 mars. A cette époque, je l'enlevai pour la décrasser et lui donner une nouvelle courbure, puis je la réintroduisis.

Le 6 avril, je fus curieux de voir où en étaient arrivées les fonctions de la nouvelle voie artificielle. Ayant injecté de l'eau dans la vessie, je retirai la sonde, puis, bouchant avec le doigt les orifices fistuleux, je recommandai à la femme de pousser. Immédiatement l'urine sortit par le canal de nouvelle formation, mais en nappe et non en jet. Après la suspension des efforts, il suinta encore quelques gouttes de liquide, mais bientôt l'écoulement cessa tout à fait. Cette expérience me sembla prouver que j'étais en bon chemin et que probablement le canal sous-pubien remplirait, ou à peu près, les fonctions que j'attendais de lui.

Le même jour, je voulus essayer si, avec la sonde de plomb bien débouchée et maintenue en permanence dans le nouveau canal, je ne parviendrais pas à obturer les fistules au moyen d'une cautérisation actuelle. Je fis donc chauffer à blanc un fer terminé par une petite boule,

et j'en touchai ces orifices ainsi que leurs environs dans l'étendue d'un demi-centimètre. Cette tentative échoua et ne procura même aucune diminution dans les dimensions des fistules. Je m'apprêtai donc à m'adresser de nouveau à l'avivement et à la suture métallique; et comme le moment allait bientôt venir où, les effets de la cautérisation actuelle ayant disparu, je pourrais librement employer ce traitement, je retirai la sonde de plomb le 3 mai, et j'y substituai la sonde ordinaire d'étain, pour habituer d'avance le nouveau canal au contact de l'instrument qu'il devrait garder après l'opération.

Avant cette époque, j'avais remarqué que depuis quelque temps le canal artificiel recevait un peu plus difficilement la sonde. La présence de l'instrument était moins bien supportée, et son introduction, qui ne pouvait se faire qu'avec de légers efforts, était devenue douloureuse. Ce rétrécissement du conduit était survenu vers le milieu d'avril, pendant une absence que j'avais dû faire, et à la suite d'un cathétérisme mal fait où l'on avait introduit la sonde par une des fistules du col au lieu de l'engager dans le nouveau canal. A mon retour, je trouvai celui-ci tellement effacé, que c'est à peine si l'on en reconnaissait encore l'ouverture de sortie : il était devenu tout à fait impossible d'y entrer avec la sonde. Pour parvenir à y pratiquer encore le cathétérisme, je dus commencer par y insinuer un stylet, puis sur ce stylet une petite sonde élastique, ensuite une plus grosse, de manière qu'à la fin la dilatation fût assez grande pour recevoir la sonde de plomb.

Cependant, avec des soins appropriés, le canal avait insensiblement repris un calibre à peu près suffisant; à l'époque de l'introduction de la sonde d'étain, le 3 mai, l'entrée en était redevenue facile et la tolérance pour le corps étranger parfaitement rétablie. Je sentais bien encore, en pratiquant le cathétérisme, des espèces de petits dia-

phragmes qui obstruaient un peu le passage, surtout près de la vessie, mais ces obstacles se laissaient assez facilement déprimer sous une faible pression. Toutefois, l'expérience acquise et l'appréciation des lois qui règlent la formation et la persistance des fistules devaient me convaincre que, tant que l'urine trouverait une issue par les anciennes ouvertures uréthrales, il ne fallait pas songer à empêcher complétement le rétrécissement de la nouvelle voie. La persistance de son calibre actuel ne pouvait évidemment s'obtenir que par le séjour d'un corps étranger dans son intérieur, et le seul moyen de pouvoir supprimer cet agent dilatateur était d'oblitérer les orifices qui permettaient à l'urine de se passer du nouveau canal pour se porter au dehors. L'indication était par conséquent, avant tout, de procéder à cette oblitération, qui pouvait maintenant se faire sans inconvénient.

Je pratiquai donc l'opération sur l'ancien urèthre le 16 mai 1867. Je fis l'avivement d'avant en arrière, en ayant soin d'enlever tout le reste du canal représenté par une gouttière recouverte de muqueuse, et en évitant en même temps de trop m'approcher du nouveau conduit. Je tâchai d'employer le bourrelet hypertrophié situé sur le côté droit de la rigole uréthrale, pour le faire servir à la formation d'une lèvre; il était formé d'un tissu fort mou, ce qui pouvait me faire craindre qu'il ne fût peu propre à la réunion; mais le besoin de substance me fit passer sur cette considération, et j'avivai ce bourrelet de manière à pouvoir l'adapter à la base de celui de l'autre côté, que je réséquai aussi à cet effet. Les points de suture, au nombre de six, durent être passés en deux fois. L'opération ne présenta rien de bien remarquable, sauf deux petits accidents qui furent en partie le résultat de l'extrême agitation de la femme et des accès hystériformes auxquels elle fut en proie pendant presque toute la durée de la manœuvre : arrivé

au quatrième point de suture, le fil de soie se noua entre les deux temps du passage de l'aiguille et je fus forcé de le couper et d'en passer un autre; puis, au moment de la torsion d'un fil d'argent, le fil de soie suivant fut saisi dans l'anse, ce qui m'empêcha de m'en servir pour passer le fil métallique correspondant et m'obligea à le nouer lui-même sur la plaie.

Le deuxième jour après l'opération, je réussis à enlever le fil de soie.

Le quatrième, la sonde d'étain placée dans le nouveau canal étant encrassée, je dus l'ôter en coupant les fils qui la retenaient aux poils. Elle était à peine sortie que la femme lança un jet d'urine qui passa en entier par le conduit artificiel.

L'opérée, depuis quelques jours, éprouvait des ténesmes vésicaux pendant lesquels l'urine était projetée, tantôt à la fois par la sonde et par l'intervalle situé entre elle et le canal, tantôt par cet intervalle seul. Ce dernier cas se présentait probablement quand la vessie, s'appliquant fortement sur les trous du bec de la sonde, en bouchait la lumière et empêchait le liquide d'y entrer. L'acétate de morphine calma, quoique imparfaitement, ces douleurs. Je fis frictionner l'hypogastre avec une pommade à la belladone.

Le 24 mai, huitième jour après l'opération, je procédai, avec une anxiété que l'on comprendra, à l'enlèvement des fils. La nuit précédente avait été très-agitée; des ténesmes vésicaux avaient tourmenté l'opérée à différentes reprises, et cette fois n'avaient pas été accompagnés d'évacuation d'urine; l'interne, appelé à cinq heures du matin, avait enlevé la sonde, qui était bouchée, en avait introduit une autre et avait retiré près d'un demi-litre d'urine. Cette dernière circonstance me donna de l'espoir. En effet, je trouvai, à ma grande satisfaction, toute la plaie réunie; il

ne restait sur toute son étendue qu'une petite ulcération à l'endroit où avait été placé le fil de soie. Une sonde fut encore laissée pour quelques jours dans le nouvel urèthre.

Le lendemain, la guérison ne parut pas se démentir. Mais le surlendemain, à mon arrivée, je trouvai la femme désolée, se plaignant amèrement de ce qu'après une série de nouveaux ténesmes, elle avait perdu de l'urine par le vagin. Je crus d'abord que la plaie avait cédé à l'endroit de l'ulcération produite par le fil de soie; mais, après examen, je vis heureusement qu'il n'en était rien, que la femme s'était trompée et qu'elle avait simplement uriné par l'intervalle situé entre le canal et la sonde. L'intégrité de la région opérée fut complétement démontrée par une injection dans la vessie.

J'étais donc arrivé à mon but et j'obtenais enfin le prix de mes efforts! Mais il me restait encore une dernière tâche à remplir : c'était de faire pour ainsi dire l'éducation du nouveau canal, et, s'il le fallait, de le modifier de manière à le rendre apte à remplir les fonctions auxquelles il était destiné.

Le 30 mai, devant m'absenter pour une huitaine de jours, je retirai la sonde, de crainte qu'elle ne se dérangeât et ne produisît des accidents pendant mon voyage; en même temps je recommandai de sonder l'opérée quatre ou cinq fois par jour. Mais dès le lendemain, mon collègue M. Van Hoeter trouva le nouveau canal tellement rétréci, qu'il fut obligé, pour y rentrer, de suivre le procédé que j'avais déjà moi-même mis en usage, c'est-à-dire d'introduire des bougies et des sondes de plus en plus grosses : il jugea convenable de maintenir encore un cathéter à demeure jusqu'à mon retour.

Le 11 juin, je pensai que définitivement le moment était venu de supprimer l'usage du cathétérisme permanent. J'enlevai la sonde et prescrivis de nouveau le cathétérisme

intermittent, qui cette fois ne fut accompagné d'aucun accident.

Le 12, la femme me dit qu'elle était parvenue à uriner un peu seule. L'ayant examinée, je constatai que l'on entrait assez facilement dans le nouveau canal, mais seulement après un certain effort et en heurtant encore quelques inégalités de son intérieur. Les excoriations des fesses et des parties génitales étaient guéries et l'on voyait bien que les urines ne s'écoulaient plus sur ces parties. La santé, la gaieté et l'embonpoint renaissaient à vue d'œil.

Le 15, l'opérée me dit qu'elle peut uriner seule, mais sans vider entièrement la vessie. Elle évalue à un verre environ la quantité qu'elle peut évacuer en une fois. La miction se fait en bavant, et après l'effort il s'écoule encore quelques gouttes d'urine. Le cathétérisme intermittent est toujours nécessaire et amène chaque fois une certaine quantité de liquide.

Cet état persiste pendant une dizaine de jours. Comme le cathétérisme continue à être un peu difficile, je songe à dilater légèrement le canal avec de la laminaria. J'en introduis un cylindre, mais à peine ce corps étranger y est-il depuis une demi-heure, que des spasmes intolérables surviennent et obligent de l'enlever.

Il est devenu évident que le canal est trop étroit et que je ne pourrai me soustraire à l'obligation d'y donner un peu plus d'ampleur. Comme les moyens dilatants ne réussissent pas et que d'ailleurs, en supposant qu'ils puissent être utilisés, il faudrait les employer creux, ce qui leur donnerait un calibre trop fort, je me décide à débrider un peu le canal avec un petit bistouri boutonné. Me rappelant que, lors de l'établissement de la route artificielle, j'avais incisé dans le sens latéral, et pensant qu'il y aurait quelque danger à agrandir le trajet par en bas, je pratique l'incision en haut, vers le pubis. Le bistouri boutonné est

conduit sur un stylet cannelé et opère, dans toute l'étendue du conduit, une solution de continuité de trois à quatre millimètres; ce débridement est pratiqué le 27 juin. La sonde de plomb est ensuite replacée et fixée aux poils de la vulve.

Le 1er juillet, j'ôte la sonde et fais faire le cathétérisme aussi souvent qu'il est nécessaire. J'engage en même temps l'opérée à apprendre à se sonder elle-même et lui indique la manière de le faire facilement.

Le 2 juillet, l'opérée me dit avoir réussi à pratiquer le cathétérisme et à vider parfaitement sa vessie quand la miction n'avait pas été complète. Elle a perdu involontairement un peu d'urine pendant la nuit.

Le 8 juillet, elle accuse encore un peu de perte d'urine involontaire et prétend qu'elle se sent mouillée le matin. Elle ne sait pas encore uriner seule d'une manière parfaite, et a besoin de s'aider chaque fois du cathétérisme pratiqué avec la petite sonde que je lui ai donnée et dont elle se sert facilement. L'urine coule un peu en bavant, avant et après l'effort de miction. Pour apprécier ce qu'il y a d'exact dans le dire de la femme, je remplis la vessie d'eau et après avoir retiré la sonde je lui commande de pousser. Pendant qu'elle exécute ce mouvement avec assez de force, il ne s'écoule effectivement que quelques gouttes par l'urèthre; mais je remarque en même temps que la cystocèle descend très-bas, assez bas pour pouvoir comprimer l'orifice interne du nouveau canal. Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que lorsqu'on refoule la tumeur vésicale en haut l'opérée peut de nouveau expulser l'urine par un jet. Je lui recommande donc d'apprendre à repousser elle-même avec le doigt la paroi vaginale, et d'exécuter cette petite manœuvre chaque fois qu'elle s'apercevra qu'en cherchant à uriner elle ne parvient pas à évacuer le liquide.

Comme j'ai quelques raisons de me défier de la sincérité

de la femme, je demande à la sœur de bien la surveiller pendant quelques jours et surtout de la surprendre le matin, avant son réveil, afin de voir si effectivement elle est alors mouillée comme elle le dit. La sœur suit ma recommandation pendant cinq ou six jours, et m'assure que tous les matins elle a trouvé la région du siége, la chemise et les draps parfaitement secs.

Le 16 juillet, l'opérée m'annonce qu'elle peut uriner seule; mais il lui est impossible de faire usage du doigt pour repousser la cystocèle, cette manière de faciliter la miction étant par trop incommode et même douloureuse. L'évacuation des urines ne se fait pas encore complétement sans l'intervention de la sonde, et il faut que celle-ci aille chercher les dernières portions du liquide. L'opérée avoue qu'elle n'a plus été mouillée.

Le 27 juillet, la femme est devenue tout à fait bien portante, forte et replète. Il est positif qu'elle ne perd plus ses urines pendant la nuit. Elle sait vider presque complétement sa vessie par un effort de miction un peu prolongé; cependant il y reste toujours un peu d'urine que la sonde seule peut évacuer. L'opérée demande à sortir. Comme je suis certain qu'elle pourra continuer à se sonder facilement avec un cathéter d'étain d'un petit calibre, je la munis d'un de ces instruments et lui donne son *exeat*.

Le 4 novembre, elle revient pour se faire examiner. Sa santé est excellente. Elle continue à retenir parfaitement ses urines pendant la nuit; il en est de même dans la position assise; mais quand elle se lève, elle en perd quelques gouttes. Elle ne peut évacuer spontanément tout le contenu de la vessie, et le secours de la sonde lui est encore nécessaire pour achever la miction. Je constate l'exactitude de tout ceci par un examen direct et par des expériences concluantes.

Le calibre du canal reste toujours assez petit : il est impossible d'y engager une sonde ordinaire, mais il peut facilement admettre la petite sonde d'étain dont se sert la femme.

Il s'est maintenant écoulé un temps suffisant depuis la formation du nouveau canal pour que j'aie pu acquérir la conviction que, tout en rendant les plus grands services sous le rapport du maintien des urines dans la vessie, il n'a point et ne pourra acquérir la propriété d'empêcher complétement toute évacuation involontaire du liquide; qu'en outre l'acte de la miction qu'il permet d'exécuter est entaché de quelques irrégularités et ne pourra jamais approcher de la perfection de l'acte normal. En établissant une nouvelle voie pour l'écoulement des urines, j'ai donc procuré à la femme un amendement notable, mais je n'ai pas obtenu un succès complet. — Il serait déraisonnable de demander à un urèthre artificiel l'exactitude des fonctions d'un canal normal, et il est évident qu'il y manquera toujours une chose essentielle et indispensable, un sphincter bien conformé. Mais s'il est inévitable d'en voir l'établissement suivi d'un peu d'irrégularité et de manque d'harmonie dans la succession et l'ensemble des différents temps de l'acte de la miction, il ne doit pas être impossible de le rendre capable de procurer au moins la suppression complète de tout écoulement involontaire. Ces considérations me firent réfléchir aux moyens dont je pourrais disposer pour obtenir définitivement ce grand résultat; je m'arrêtai enfin à l'idée de faire confectionner un appareil (celui décrit à la page 608 (1)) qui pût à volonté établir une compression sur la partie postérieure du nouveau canal, et remplacer ainsi par un

(1) Cet appareil a été construit par M. Bonneels.

moyen mécanique la contraction absente d'un sphincter régulier.

Le 2 décembre, je rappelai l'opérée, qui était retournée chez elle, et je la fis rester quelque temps à l'hôpital, afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires pour faire confectionner mon compresseur de l'urèthre et pour pouvoir l'essayer et le modifier autant de fois qu'il serait nécessaire. L'instrument, corrigé et remanié à différentes reprises, parvint enfin à remplir les usages auxquels je le destinais. Après son application, la femme put marcher, courir, s'asseoir, se coucher, sans perdre une goutte d'urine. Elle pouvait modérer ou augmenter la compression suivant son désir. Quand elle sentait le besoin d'uriner, elle remontait ou retirait la tige, introduisait la sonde, puis, l'acte exécuté, replaçait l'instrument obturateur. L'usage de l'appareil ne déterminait aucune douleur ni même aucune gêne; d'après ce que j'ai pu observer, il faisait à peu près l'effet d'un bandage herniaire, c'est-à-dire qu'il soulageait et rassurait la malade plutôt qu'il ne déterminait chez elle de la gêne et de l'agacement.

Le but auquel on pouvait raisonnablement prétendre était donc atteint : la femme était complétement débarrassée de son incontinence d'urine. Elle était libre de rentrer dans la société, de reprendre ses occupations, de se marier même. Le seul inconvénient qui lui restât était l'obligation de se servir du cathéter chaque fois qu'elle voulait vider sa vessie à fond : inconvénient bien minime en présence de toutes les tortures auxquelles elle avait été soumise lorsqu'elle portait sa fistule!

Le 24 décembre, ayant tous mes apaisements sur l'efficacité de l'appareil et sur la rétention facultative et complète de l'urine, je permis à la femme de quitter l'hôpital.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

CLOAQUE URO-GÉNITAL.

Trois opérations. — Établissement d'un nouvel urèthre. — Deux nouvelles opérations. — Guérison avec miction imparfaite.

Van H..., Amélie, 46 ans, ménagère, de Puers (province d'Anvers), d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est entrée à l'hôpital le 12 mars 1865.

Le 13 août 1849, après une grossesse exempte d'accidents, elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement et à partir de ce moment continua à souffrir pendant deux jours. Un accoucheur appliqua le levier flamand. L'emploi de cet instrument, qui dura au moins une heure et demie, se fit avec beaucoup de peine; il semblait à la patiente que le levier allait constamment heurter contre la paroi antérieure du vagin et que l'on ne parvenait pas à l'appliquer sur la tête de l'enfant. N'ayant pas réussi, l'accoucheur quitta la femme et dit qu'il fallait abandonner l'accouchement à la nature; il passa dans la vessie une sonde qui évacua une grande quantité d'urine. Deux jours se passèrent encore, pendant lesquels la femme eut des envies continuelles d'uriner sans pouvoir les satisfaire. Le 17, elle cessa de percevoir les mouvements de l'enfant et éprouva dans le ventre une sensation de froid. Dans l'après-midi, son accoucheur revint avec un collègue, qui appliqua le forceps et parvint, après une demi-heure d'efforts, à extraire l'enfant. Le placenta, qui était adhérent, dut être détaché des parois utérines. Après la délivrance, la patiente épuisée perdit en partie connaissance pendant trois jours. Le troisième jour, l'accoucheur chercha, mais

vainement, à introduire une sonde dans la vessie. Des douleurs abdominales très-fortes se manifestèrent; l'accouchée perdit pendant assez longtemps du pus mêlé de lanières de tissus gangrenés, dont quelques-unes avaient jusqu'à cinq centimètres de longueur.

Sept semaines après l'accouchement, la femme fut prise d'une hémorrhagie tellement abondante qu'elle faillit en mourir. Elle eut ensuite une diarrhée qui fut suivie d'une constipation opiniâtre. Tous ces accidents la retinrent chez elle pendant huit mois.

Il survint enfin une amélioration qui lui permit de sortir et de se promener. On lui avait conseillé l'application d'un pessaire, probablement pour remédier à l'incontinence d'urine et à une hernie vésicale. Vers le mois d'août 1850, le vagin devint le siége de nouvelles douleurs, et il se manifesta par ce canal un écoulement assez abondant. Ayant introduit le doigt pour savoir ce qui s'y passait, elle en retira six petites pierres blanches semblables à de la chaux, et reconnut en même temps qu'il en existait encore une plus grosse qu'elle ne pouvait extraire. Plusieurs médecins, réunis en consultation, résolurent de faire l'extraction du corps étranger. D'après le dire de la femme, ils durent pour y parvenir faire des incisions dont elle ne peut donner une idée exacte; après les avoir pratiquées, ils amenèrent au dehors un calcul de la grosseur d'un œuf de poule et trois autres plus petits ressemblant à du mortier desséché. Depuis cette époque les douleurs, sans cesser complétement, diminuèrent cependant d'une manière notable. Les règles reparurent à leurs époques normales et ne cessèrent de se montrer qu'environ quatre mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Il n'y eut plus d'apparence de conception. La santé se rétablit à tel point que, lorsque je la vis, je lui trouvai une excellente mine et la jugeai fort capable de supporter une grande opération.

Cette femme était tellement propre que, malgré un écoulement continuel d'urine datant de seize ans, elle ne présentait aucune excoriation aux parties génitales ni à la région du siége, et n'exhalait aucune mauvaise odeur. En examinant le vagin, je reconnus que le col de la matrice était complétement effacé et représenté seulement par un petit orifice à pourtour couvert de stries radiées. Cette ouverture pouvait tout au plus donner passage à un stylet ordinaire, était formé d'un tissu évidemment cicatriciel et tourné vers la paroi postérieure du vagin. La fistule commence à environ un centimètre et demi plus bas, et semble faire suite à une espèce de rigole qui, partie du col, descend insensiblement vers la vessie sans laisser aucune trace de séparation entre les muqueuses vaginale et vésicale. A partir de ce point, la fistule se continue sans interruption jusqu'au canal de l'urèthre, dont elle a envahi la partie supérieure, ne laissant intact qu'un petit cylindre d'un centimètre de longueur dans le voisinage du méat. Quand on sonde l'urèthre, qu'on arrive à la partie supérieure du cylindre conservé et qu'on étale cette partie, on voit que l'instrument glisse sur une petite surface triangulaire à base tournée en haut, striée de rouge-violet et dont l'aspect rappelle celui des régions voisines du col de la vessie. Cette surface s'écarte latéralement, s'amincit, s'aplatit et finit par contracter adhérence à la face interne du pubis, ce qui fait qu'il est difficile de lui assigner des limites bien exactes en cet endroit. Un peu plus haut, elle tend à s'accentuer davantage sur ses bords, ceux-ci finissant par se dessiner sous la forme de deux bandes assez épaisses et assez saillantes qui vont se continuer avec les bords de la partie supérieure de la fistule. Il résulte de ces dispositions que l'ensemble de l'ouverture, qui est très-vaste, présente cependant moins d'étendue et se trouve mieux limité en haut qu'en bas, où la fistule représente une espèce d'antre béant, immobile

et incapable d'être modifié dans sa forme et ses dimensions. La partie antérieure de la vessie passe par cette large perte de substance et forme une tumeur molle, tomenteuse, rougeâtre, du volume d'un gros œuf de poule, qui tend à s'échapper au dehors. Quand on repousse cette tumeur et qu'on cherche à pénétrer avec le doigt dans la vessie, on constate que la paroi postéro-inférieure de cet organe manque presque complétement : il n'y a pas le moindre cul-de-sac au-dessus de la partie supérieure de la fistule, et il semble que la poche urinaire cesse en cette région; quant à la partie adhérente au pubis, la paroi vésicale y est tellement identifiée au périoste qu'il paraît impossible d'en détacher la moindre partie : c'est plus haut seulement, en remontant derrière le pubis, que le doigt pénètre dans une cavité qui peut avoir de deux à trois centimètres d'élévation.

Au premier abord, il est assez difficile de voir où s'ouvrent les uretères; mais avec un peu d'attention, on en découvre les orifices immédiatement en dedans des bords latéraux de la fistule. On voit suinter l'urine par ces deux pertuis, non goutte à goutte, comme l'ont dit certains physiologistes, mais bien par petits jets successifs se répétant à des intervalles assez réguliers.

Le 17 octobre, après un nouvel examen, je me décide, vu l'énorme étendue de la fistule et ses adhérences étendues aux parois pelviennes, à faire l'opération en deux temps. Dans le premier temps, je me bornerai à en réunir la partie postérieure et la portion uréthrale, et j'en laisserai la partie moyenne libre, me réservant de l'attaquer dans une seconde séance.

D'après ce plan, je commence l'avivement par la portion située entre la partie postérieure de la fistule et le col utérin; puis j'entame les deux bords jusqu'aussi près que possible de leurs adhérences à l'excavation du bassin. Je

passe ensuite les fils de soie à travers les bords avivés, et, tirant successivement sur ces liens à partir des postérieurs, je réduis petit à petit la portion de vessie herniée, de sorte qu'il arrive un moment où la fistule semble presque complétement bouchée. Cette circonstance me fait abandonner mon premier plan et m'enhardit à tenter la réunion totale en une seule fois. Pour y parvenir, j'avive d'abord le fond de l'angle qui résulte de la jonction de la partie postérieure de la surface triangulaire uréthrale à l'extrémité antérieure du bord gauche de la fistule; malheureusement je rencontre en cet endroit une artère enclavée dans le tissu cicatriciel qui fournit une hémorrhagie des plus désagréables. Pendant plus d'une heure, je cherche à arrêter l'écoulement du sang, d'abord par des applications froides et par la compression, puis par des tentatives de torsion; je tâche en vain de saisir le vaisseau avec des pinces et avec un ténaculum pour en faire la ligature : il est tellement incrusté dans la substance fibreuse qu'il m'est impossible de le soulever. De guerre lasse, je prends enfin la résolution de mettre un terme à l'hémorrhagie par l'application d'un cautère sphéroïde rougi à blanc. Je parviens ainsi à maîtriser l'accident, mais on conçoit qu'il ne m'est plus possible de songer à une réunion totale; je reviens donc forcément à ma première idée : j'avive la partie postérieure du canal de l'urèthre et me borne à faire la suture de cette portion de la fistule et de toute celle qui a déjà été traversée par les fils de soie. Dix-sept fils sont employés à cette double réunion.

Pendant toute la durée de l'opération, il a fallu refouler la portion herniée de la vessie au moyen d'une sonde introduite par le canal de l'urèthre. La patiente a parfaitement supporté la fatigue inséparable d'une si longue manœuvre, et la perte de sang ne paraît pas l'avoir trop affaiblie. Le cathétérisme est évidemment inutile ici, et je

me borne à placer l'opérée dans son lit, sans même l'astreindre à une immobilité complète.

Les suites de l'opération furent très-favorables et ne présentèrent que cette seule particularité que l'opérée eut le quatrième jour une perte sanguine. Mais, comme elle me dit que cette perte avait été précédée des prodromes ordinaires des règles, je n'y attachai pas une trop grande importance; effectivement, le lendemain, l'écoulement diminuait pour disparaître complétement le jour suivant.

Le 25 octobre, en cherchant à placer le spéculum pour examiner le vagin, je fus fort étonné de trouver ce canal complétement obstrué par un magma de substance crayeuse adhérant de tous côtés à ses parois et mêlé de mucus et de pus. Les injections ne purent entraîner cette espèce de mortier et il fallut en faire l'extraction avec le doigt. Quand il me fut enfin possible d'introduire le spéculum, je parvins à découvrir l'emplacement des fils, que je détachai avec beaucoup de peine du milieu de la substance crayeuse dans laquelle ils étaient comme maçonnés. Tout étant enfin déblayé, je reconnus que malgré tout la réunion s'était assez bien faite. Il ne restait plus de l'immense fistule qu'un orifice par lequel la vessie ne faisait plus hernie et qui pouvait à peine admettre le doigt.

L'opérée resta encore quelques jours pour se rétablir complétement, et sortit le 4 novembre avec l'intention de revenir plus tard se soumettre à une seconde opération.

Elle rentra le 20 janvier 1866, me disant qu'elle était préparée à tout ce que je jugerais devoir faire pour sa guérison.

La fistule qui a persisté a environ quatre centimètres dans tous les sens. La paroi antérieure de la vessie a fini par y passer encore sous la forme d'une espèce de champignon du volume d'un œuf de pigeon. Les orifices des uretères se voient de chaque côté sur les bords de la

fistule. Au-dessus de sa limite postérieure, il ne s'est pas formé de cul-de-sac vésical. L'urèthre n'a qu'un centimètre environ d'étendue et l'orifice en est extrêmement évasé. A l'angle gauche de l'ouverture anormale, là où j'ai dû appliquer le fer rouge, il s'est formé un rebord saillant qui me permettra un avivement facile; mais à droite, l'angle est devenu tellement aigu vers le pubis, que c'est à peine si l'on en peut voir le fond.

Le 27 janvier, je pratique l'avivement, qui est assez facile, sauf à l'angle droit où il me donne des peines extraordinaires et où je suis forcé, pour arriver au fond de la fente, de raser littéralement la face postérieure du pubis. Une artériole qui se trouve dans cette région est coupée et me gêne pendant tout le reste de l'opération. En passant les aiguilles, je dois souvent en exécuter l'introduction en deux temps, employant pour le premier une aiguille droite et pour l'autre une aiguille courbe. Arrivé au moment de la substitution des fils d'argent aux fils de soie, je m'aperçois que les premiers sont de mauvaise qualité : trois d'entre eux qui embrassent l'angle droit se cassent au moment de leur torsion, et c'est à grand'peine que je puis les faire servir à l'affrontement des tissus. Cet accident me force à terminer le reste de la suture avec des fils de soie, et à faire ainsi, bien malgré moi, l'expérience comparative des effets des fils végétaux et des fils métalliques. Avant de serrer les derniers, je fais une forte injection dans la vessie pour en expulser les caillots qui s'y sont accumulés. Je crois avoir ainsi débarrassé l'organe; mais à peine la suture est-elle achevée, que l'opérée fait involontairement un violent effort et projette par le canal de l'urèthre trente grammes au moins de caillots. Quinze points ont été passés et l'opération a duré deux heures et demie. Une injection poussée dans la vessie ne revient pas par la fistule, mais bien par l'intervalle situé entre la sonde et le méat urinaire,

ce qui me paraît évidemment dépendre de l'absence du col vésical. La sonde, cette fois-ci, est placée à demeure et l'opérée est soumise au régime et à la médication ordinaires.

Pendant deux heures environ après l'opération, l'urine s'écoule mélangée de sang, mais bientôt l'hémorrhagie cesse et le liquide sort clair et limpide.

Le 31, l'opérée, qui jusqu'alors s'était bien portée, est un peu malade. Elle a de la fièvre, de la perte d'appétit, quelques nausées. Les urines s'écoulent toujours entre la sonde et l'urèthre. Ces phénomènes et la conviction que j'ai de ne pouvoir encore obtenir cette fois une obturation complète m'engagent à enlever la sonde. Je prescris un lavement et permets à la femme d'aller à la selle.

Le 1er février, il persiste toujours un état saburral des voies digestives. J'enlève quatre fils de soie qui n'ont pas passé à travers les chairs; au niveau du cinquième, que j'enlève aussi, il y a un petit pertuis par où l'on voit sourdre l'urine.

Il survient un vomissement qui soulage la malade.

Le 3, l'appétit est un peu revenu. Il y a une amélioration générale.

J'enlève les fils de soie qui restent encore et je les trouve enchevêtrés entre eux et incrustés dans une eschare superficielle, ce qui fait qu'il est très-difficile de les extraire. Ils n'ont pas traversé toute l'épaisseur des tissus, mais l'urine suinte un peu après leur enlèvement. Les fils d'argent ont bien tenu; il paraît évident qu'ils ont causé moins de dégâts que les fils de soie. J'en extrais deux, mais le troisième est tellement enfoncé dans le tissu fibreux de l'angle droit, que je ne puis en saisir l'anse et que je me décide à en exciser les deux extrémités, abandonnant le reste dans la profondeur des parties.

Le 6 février, la femme est tout à fait remise de son indisposition. Depuis plusieurs jours elle a mangé avec appétit et est allée naturellement à la selle. Je trouve encore plu-

sieurs petits pertuis, mais en somme, j'ai lieu d'être satisfait du résultat obtenu.

Au commencement de mars, toutes les plaies étant parfaitement cicatrisées, je pus me faire une bonne idée des suites de l'opération. Il restait deux fistules : l'une, grande comme une lentille, se trouvait placée à moins d'un centimètre du méat urinaire; l'autre était plus à gauche, à un demi-centimètre de la première, et pouvait à peine admettre le crochet mousse. La première laissait encore passer une portion de muqueuse vésicale du volume d'une petite noisette, l'autre était libre. Toutes deux étant situées dans le sens d'une ligne transversale, exigeaient évidemment un avivement dans ce sens.

J'y procédai le 7 mars 1866. Comme toujours, je me bornai à rafraîchir la surface du pont intermédiaire aux deux fistules. Je fis la réunion un peu obliquement et j'eus soin de passer les aiguilles de telle sorte, que celles qui avoisinaient le canal de l'urèthre fussent placées de chaque côté du conduit et qu'aucune n'en entamât la paroi inférieure. Onze points de suture durent être employés. L'opération dura une heure et un quart. La sonde fut maintenue en permanence dans la vessie.

Il ne survint rien de particulier à la suite de cette opération si ce n'est que, le neuvième jour, lors de la levée des fils, je trouvai dans la région opérée un changement auquel je ne m'attendais pas : les deux ouvertures fistuleuses étaient oblitérées, mais le petit tronçon formant le reste du canal de l'urèthre avait été tellement retiré en arrière, qu'il en était résulté un large orifice béant conduisant directement dans la vessie et laissant les urines s'écouler comme elles l'auraient fait par une fistule ordinaire. Comme on le conçoit bien, cet orifice n'avait pas de sphincter, puisque l'ancien avait été détruit presque en totalité et que lui-même était formé entièrement de substance uréthrale. Je

ne m'étais du reste pas fait illusion à cet égard, mais j'avais espéré pouvoir au moins fermer la fistule en conservant un bout d'urèthre sur lequel j'aurais pu appliquer quelque agent de compression dans le cas où il n'aurait pas eu la force de retenir les urines dans la vessie. La chose étant maintenant devenue impossible, il me parut que les ressources de l'art étaient épuisées et qu'il fallait renoncer à toute tentative ultérieure. Je résolus donc d'abandonner la femme à son sort, et quelque temps après je lui conseillai de quitter l'hôpital.

L'année suivante, ayant eu l'occasion de pratiquer chez une autre femme un nouveau canal de l'urèthre, et ayant eu lieu de me féliciter de cette entreprise, je songeai à ma malheureuse opérée de Puers et je pensai que ce moyen pourrait aussi lui être utilement appliqué. Je lui fis donc demander de revenir, ce qu'elle promit de faire au premier moment favorable. Vers le milieu de mars 1868, elle reparut à l'hôpital, bien déterminée à passer par ce que je lui proposerais de faire pour la guérir.

Le 24 mars, je pratique le nouveau canal. Le doigt indicateur gauche ayant été introduit dans l'ouverture fistuleuse, je rencontre, en en portant la pulpe en haut et en avant, à environ un demi-centimètre au-dessous de l'orifice, une espèce de demi-cercle saillant, que je regarde comme étant la moitié antérieure de l'ancien col vésical. Je pratique sous le clitoris une incision à laquelle je donne une direction transversale, pour ne pas couper perpendiculairement les fibres du col qui peuvent encore être restées intactes. Cette incision a environ un centimètre de largeur; elle se dirige obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, pour passer immédiatement en dessous du pubis et entrer dans la vessie par le milieu du demi-cercle constaté par mon doigt indicateur. Ce demi-cercle se trouvant à un demi-centimètre de l'orifice fistuleux, je ménage ainsi,

au-dessous de l'ouverture vésicale du nouveau canal, une épaisseur de tissu suffisante pour pouvoir y pratiquer plus tard un avivement convenable. Une hémorrhagie veineuse assez abondante se produit après l'incision, mais elle est facilement réprimée par l'introduction d'un stylet recouvert de fil de coton imbibé de perchlorure de fer. Un bout de sonde de plomb, de quatre centimètres, est introduit par l'incision dans la vessie et attaché aux poils des grandes lèvres. La femme est replacée dans son lit, et je lui donne la permission de s'y mouvoir comme elle l'entend.

J'avais tout lieu de croire qu'une opération aussi simple n'aurait eu aucune suite fâcheuse. Il n'en fut pas précisément ainsi, car, comme on va le voir, la sonde qu'il fallait maintenir dans le nouveau trajet fut très-péniblement supportée et des phénomènes de cystite vinrent sérieusement contrarier le traitement. De plus, la composition particulière des urines de cette femme détermina constamment autour du nouveau canal, dans la sonde et sur les poils des parties génitales, la formation de concrétions calcaires stalactiformes, qui gênèrent un peu les cathétérismes et contribuèrent à irriter les parties situées dans le voisinage de la région opérée.

Le troisième jour après l'opération, la femme se plaint d'un peu de douleur dans le nouveau canal et dans la vessie. Un peu de suppuration apparaît entre les petites lèvres. Bain général.

Le 29 mars, la sonde fait beaucoup de mal et je suis forcé de l'enlever momentanément. Le lendemain, je la remplace par une sonde de gomme élastique.

Le 31, amélioration. La suppuration semble diminuer. Comme il n'y a pas eu de selles depuis quatre jours, j'administre un peu de tamarin qui produit son effet dans la journée.

Le 3 avril, la sonde de gomme est sortie pendant un effort

de défécation. Elle est tout à fait détériorée. J'introduis par erreur une sonde d'étain au lieu d'une sonde de plomb.

Le 4, nouvelles douleurs vers le canal et la vessie. Je reconnais l'erreur de la veille et je substitue une sonde de plomb à la sonde d'étain.

Le 5, les douleurs ayant continué, je retire encore la sonde pour un jour; le lendemain je la réintroduis.

Le 10, la dernière sonde a été assez bien supportée, mais aujourd'hui elle est sortie. Comme elle me paraît un peu trop courte, j'en applique une plus longue. L'introduction s'en fait assez péniblement et c'est surtout l'orifice vésical du nouvel urèthre qu'elle franchit avec difficulté. L'état général est assez satisfaisant.

Le 13, je dois encore enlever la sonde pour un jour. Le lendemain, j'en replace une de gomme élastique. Toujours mêmes difficultés pour l'introduction. Quand on pousse l'instrument un peu avant dans la vessie, on détermine une vive douleur : évidemment la cystite continue.

Le 20, la sonde a été passablement tolérée; mais comme elle est détériorée et ne tient presque plus aux poils, je la retire et pendant quelques jours j'abandonne le cathétérisme.

Le 26, en cherchant à replacer la sonde de plomb, j'éprouve une grande résistance dans le canal.

A partir de cette époque, la femme qui, d'après ce que l'on me dit, est pressée par son mari de hâter son départ, devient moins patiente, moins raisonnable, et me demande instamment de terminer au plus vite l'opération qui reste encore à faire. Je résiste autant que je puis à ces suggestions, le moment n'étant évidemment pas encore venu d'agir sur la fistule et l'état général de la malade n'y encourageant guère. Cependant je finis par céder, et le 1er mai, je procède à l'opération.

Je pratique un avivement dirigé d'avant en arrière et

place dans ce sens sept points de suture. Ces deux temps de la manœuvre chirurgicale se font avec beaucoup de facilité et aucune circonstance digne d'être notée ne vient les entraver. La femme est soumise au traitement consécutif ordinaire. La sonde de plomb est maintenue en place et nettoyée tous les jours par des injections. Elle est assez bien tolérée.

Le 9, j'ôte les fils et constate que tous ont bien rempli leur office, sauf deux, qui ont passé à travers les chairs. Une injection étant poussée dans la vessie, il revient un peu de liquide par un petit pertuis situé au centre de la ligne cicatricielle. Je cautérise soigneusement ce point avec le nitrate de mercure et maintiens toujours la sonde de plomb à demeure.

Le 12, il n'y a pas eu de perte d'urine. Je place une nouvelle sonde. La constipation, qui a persisté depuis le jour de l'opération sans l'assistance de la morphine, est levée au moyen d'un laxatif.

Le 16, lors d'un nouvel examen, je reconnais que la fistule persiste sous la forme d'une petite fente. Les empreintes que les fils ont laissées dans les chairs existent encore. Nouvelle cautérisation. J'essaye le tamponnement vaginal avec de la charpie pour soutenir la paroi opérée. Je suis forcé de l'enlever quelques jours après.

Les choses persistent à peu près dans le même état jusqu'au 8 juin, date à laquelle j'examine encore l'état des parties. Les impressions des fils sont à peu près effacées. La région de la plaie présente un aspect assez satisfaisant; mais la vessie est encore sensible, quoique la sonde ait pu être maintenue sans trop de douleur. La femme est amaigrie et considérablement affaiblie. L'ayant engagée à marcher un peu, je constate que c'est à peine si elle peut faire quelques pas.

Dans cet état de choses, c'était bien le cas d'attendre,

avant de recommencer à agir sur la fistulette qui persistait, que la santé se fût bien raffermie, que la région uréthrale fût complétement consolidée, que le nouveau canal eût acquis le volume et le degré d'insensibilité convenables et que la vessie eût perdu sa vive irritabilité. Mais encore une fois, je ne fus pas le maître de me comporter comme je l'aurais voulu : la femme me suppliait de nouveau de ne point retarder l'opération et le faisait avec tant d'insistance que je vis bien qu'elle n'était plus maîtresse de ses actions; j'appris en effet que des ordres de son mari lui enjoignaient d'en finir au plus vite, n'importe comment. Craignant de voir cette pauvre femme sortir de l'hôpital malgré elle sans être parfaitement rétablie, je me décidai à hâter l'époque de l'opération, et je la pratiquai le 10 juin.

J'introduisis d'abord, avec beaucoup de difficulté, la sonde dans la vessie. J'exécutai, comme la dernière fois, l'avivement et la suture d'avant en arrière et je plaçai sept fils. L'opération dura une heure et présenta quelques incidents qui en entravèrent un peu la marche. D'abord je fus tellement embarrassé par l'une des petites lèvres, qui était extrêmement longue et retombait constamment sur la fistule, malgré les efforts des aides pour la retenir, que je pris le parti d'y passer un fil pour pouvoir mieux l'écarter. Ensuite j'eus encore le désagrément de devoir me servir de fils d'argent de mauvaise qualité, dont plusieurs se brisèrent pendant la torsion, heureusement assez loin de la plaie, mais de manière cependant à m'empêcher d'en serrer quelques-uns avec le degré de force nécessaire. Enfin, au cinquième point, il arriva qu'en tirant sur le fil d'argent pour lui faire traverser les chairs, ce lien entraîna avec lui le fil de soie suivant, sans qu'il fût possible de ramener celui-ci. Je suppose que cet accident s'est produit parce que, pendant le passage des fils de soie, un de ceux-ci, au lieu de passer à côté de l'anse voisine, s'était engagé sous elle. Je

tâchai de réparer ce contre-temps en plaçant d'un seul coup un nouveau fil au moyen d'une aiguille courbe.

La femme, qui s'est beaucoup plainte pendant l'opération, est portée dans son lit, où je lui place cette fois une sonde élastique *anglaise*, que j'espère devoir être moins sujette à détérioration et partant moins irritante que les autres.

Le 11, la sonde a été bien supportée et l'urine coule bien, mais il y a de la fièvre et de la céphalalgie. Je n'en suis pas surpris quand j'apprends que le mari est arrivé la veille et qu'il y a eu une petite scène de famille entre les deux époux.

Le 16, j'ôte la sonde élastique; elle est un peu altérée, mais moins que ne l'ont été les autres. J'en replace une nouvelle et pratique une injection émolliente dans le vagin. Je remarque que l'urine coule entre la sonde et le nouveau canal.

Le 17, l'opérée est dans la désolation, parce qu'elle croit avoir perdu ses urines par le vagin. L'examen de cet organe montre qu'il n'en est rien; l'opérée aura probablement été trompée par la perte d'urine qui se fait le long des parois du nouvel urèthre. La constipation persiste sans l'emploi de la morphine.

Le 19, lors de l'enlèvement des fils, je constate qu'ils ont tous bien tenu. Au premier aspect, la réunion paraît avoir lieu; les fils sont entrés dans les chairs, mais il n'y a pas de suppuration. Cependant l'extrémité d'un fil a produit à droite une petite ulcération qui s'étend assez profondément puisqu'elle laisse échapper un peu de liquide quand on remplit la vessie d'eau par une injection. Je replace une nouvelle sonde élastique.

Le 27, l'état général de l'opérée s'est sensiblement amendé. La plaie paraît guérie, seulement il persiste encore un pertuis à l'endroit de l'ulcération indiquée plus haut. Je crois le moment venu d'apprendre à la femme à se sonder

elle-même et de me borner au cathétérisme intermittent.

Le 28, elle est parvenue à exécuter cette manœuvre, mais le matin elle n'y a plus réussi et elle a dû appeler l'interne à son secours. Elle n'a pu retenir les urines que pendant un temps assez court, après lequel elles les laissait écouler involontairement. La faculté d'expulser l'urine est revenue jusqu'à un certain degré, mais, après la miction, le liquide continue encore à couler un peu en bavant.

Le 1er juillet, les choses n'ont pas changé. L'examen des parties démontre que la fissure constatée antérieurement a disparu, mais qu'il reste une petite ouverture à l'endroit où se trouvait un fil, à un demi-centimètre du nouveau méat. L'opération n'a donc point complétement réussi; mais elle a eu du moins cet immense avantage de déplacer le pertuis qui existait encore, et de le porter assez en avant pour que j'aie maintenant entre lui et l'entrée de la vessie un certain espace qui me permettra d'appliquer un compresseur et d'interrompre par son usage l'écoulement des urines. Je puis donc sans aucun inconvénient laisser subsister le pertuis fistuleux et me dispenser de toute opération ultérieure. Il ne me reste plus qu'à faire confectionner un compresseur uréthral et à continuer l'apprentissage de l'opérée pour le cathétérisme. En quelques jours cet apprentissage est terminé.

Le 11, le compresseur est appliqué. Je reconnais qu'il y a quelques modifications à y apporter et que quelques jours me seront encore nécessaires pour faire de nouveaux essais et prendre tous mes apaisements relativement à l'efficacité de l'appareil. Malheureusement le mari de l'opérée est à l'hôpital et bon gré mal gré veut emmener sa femme, sans avoir aucun égard à mes conseils et à mes remontrances. Il me promet cependant de la ramener dans une quinzaine de jours.

Le 24 juillet, elle rentra effectivement à l'hôpital pour

essayer le nouvel appareil. Celui-ci ayant été appliqué, la femme se leva, marcha, se baissa sans perdre une goutte de liquide, même quand elle accompagnait ces mouvements d'efforts pour uriner. Cependant, quand elle s'asseyait et qu'elle se levait ensuite, il s'en écoulait encore une petite quantité. J'en découvris bientôt la cause : c'est que, dans cette attitude et pendant les mouvements que faisait la femme pour la prendre, l'olive de l'instrument descendait un peu et venait arc-bouter contre l'arcade du pubis. Il fut bien facile de remédier à ce déplacement en changeant légèrement la courbure de la tige et en la remontant un peu dans sa coulisse. Après cette modification, l'urine fut parfaitement maintenue, quelque position que prît la femme et quelques mouvements qu'elle exécutât. Je répétai assez souvent mes épreuves et variai assez les attitudes pour être sûr que l'instrument remplissait parfaitement son but. Ma tâche étant ainsi terminée, je renvoyai la patiente dans ses foyers.

VINGTIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICALE CERVICO-UTÉRINE PROFONDE.

Une opération par hystérokleisis. — Cessation de l'incontinence avec persistance d'un pertuis. — Écoulement des règles par la vessie. — Grossesse consécutive. — Expulsion du fœtus par la vessie.

Victoire S..., d'Appelterre-Eychem (Flandre orientale), d'une forte constitution, ménagère, 31 ans, entre pour la seconde fois à l'hôpital, le 9 mars 1868.

La première fois qu'elle y était venue, elle l'avait fait malgré les conseils d'une personne qui l'en avait fortement

dissuadée en lui représentant l'opération sous les couleurs les plus sombres. Le lendemain de son arrivée, le souvenir de tout ce qu'on lui avait dit lui avait inspiré une telle terreur qu'elle s'était enfuie de l'hôpital avec son mari qui, dominé par le même effroi, était venu la reprendre.

Cette femme a eu neuf enfants, dont cinq sont morts. Toutes ses couches ont été laborieuses et deux d'entre elles ont nécessité l'application du forceps. Le dernier accouchement, qui eut lieu en novembre 1867, dura deux jours et se termina sans application du forceps, l'accoucheuse n'ayant point jugé nécessaire d'appeler un médecin. Cinq ou six jours après, il y eut une évacuation d'une grande quantité de débris de chairs mêlés de pus et de dépôts urineux, et pendant une quinzaine de jours une suppuration abondante s'écoula par le vagin. L'incontinence d'urine ne se déclara que vers le huitième jour. Les règles se supprimèrent et ne reparurent que quelques jours après le retour de la femme à l'hôpital; elles durèrent huit jours et retardèrent un peu le moment de l'inspection et de l'opération de la fistule.

Celle-ci présente une disposition assez curieuse. Elle est située sur la ligne médiane et peut admettre le petit doigt. Sa lèvre inférieure est semi-lunaire, comme tranchante, à concavité tournée en haut; la postérieure est formée par une espèce de croissant fort mince, à concavité inférieure, formé par la partie la plus élevée de la paroi antérieure du col utérin, dont la portion voisine du vagin manque complétement. Ce rebord est tellement caché au fond d'un infundibulum formé par les parties voisines, qu'on ne peut bien l'apprécier qu'en le recherchant avec le doigt, et qu'il est assez difficile de découvrir derrière lui le canal très-court qui conduit dans la matrice : on ne parvient à y introduire le stylet qu'après des tâtonnements exécutés dans différentes directions. Derrière la fistule se

trouve la lèvre postérieure du col utérin, presque complétement effacée, divisée en deux par une fente large et profonde dirigée d'avant en arrière et limitée latéralement par deux petits bourrelets se continuant chacun vers une extrémité du segment formant le bord inférieur de la fistule.

Ces particularités rendaient impossibles tout avivement et toute réunion au moyen de la lèvre antérieure du col de la matrice. Il n'y avait à ma disposition d'autre substance que celle de la lèvre postérieure et de ses prolongements latéraux. En me servant de ce tissu, il devenait possible de boucher l'ouverture, mais je ne pouvais éviter un inconvénient assez sérieux, celui de fermer le passage aux règles et aux mucosités utérines et d'être forcé de les faire passer par la vessie. Cette considération ne m'arrêta pas, et je n'hésitai pas à pratiquer l'opération dans ces conditions, le 25 mars.

La fente longitudinale de la lèvre postérieure du col rendant un avivement antéro-postérieur assez naturel et assez facile, je choisis ce mode de réunion. Je rafraîchis d'abord le fond de la fente, puis sa lèvre gauche, ensuite sa lèvre droite, les bourrelets et le bord inférieur de la fistule, en en laissant intacte la partie voisine de la matrice. Plusieurs artérioles sont intéressées pendant ce premier temps de l'opération. Au moment de la suture, il faut que je prenne les plus grandes précautions pour ne point fermer complétement la cavité du col et pour en laisser libre la communication avec la matrice et la vessie. Afin de ne point m'exposer à cet accident, je laisse dans l'orifice de la matrice un stylet qui me permet, pendant toute l'opération, de ne point perdre de vue cette ouverture. Les aiguilles de M. Sims ne peuvent servir et je dois employer celles de Jobert, que je place en commençant par la région postérieure de la plaie. Quand la suture en est venue au milieu de la ligne d'affrontement, une difficulté

imprévue se présente : elle résulte de ce que la région déjà réunie se précipite en se recourbant sur elle-même vers le fond de la solution de continuité, forme un grand pli qu'il est très-difficile de dédoubler, et masque ainsi les parties dans lesquelles les aiguilles doivent être introduites. Ce contre-temps finit cependant par être surmonté et la suture, formée de dix points, s'achève à mon entière satisfaction; après l'opération, une injection poussée dans la vessie prouve que l'obturation est complète. Pendant toute la durée des manœuvres, la femme, dont l'intelligence est très-bornée et l'indocilité fort grande, n'a cessé de remuer et de se retourner sur la table d'opération, au point qu'elle a fini par se mettre sur le ventre, les jambes étendues : changements de position bien faits, on le conçoit, pour rendre mes mouvements fort pénibles et en compromettre la sûreté. Elle poussait parfois des cris tellement aigus que je me demandai à plusieurs reprises si je n'avais pas blessé le péritoine ou au moins la vessie. Heureusement il n'en était rien, et la preuve, c'est qu'ayant été transportée dans son lit, elle cessa toutes ses plaintes et nous assura qu'elle se trouvait fort bien et ne ressentait plus aucune douleur. L'introduction de la sonde amena une grande quantité d'urine. L'instrument fut fixé aux poils; deux centigrammes de morphine furent administrés.

Le 26, la journée s'est admirablement passée. Point de fièvre ni de douleurs. L'urine coule bien par la sonde; la femme est satisfaite et mange avec appétit.

Les jours suivants se passent de même. La sonde est renouvelée tous les jours. La constipation se maintient au moyen de quelques poudres de morphine.

Le 3 avril se fait l'extraction des fils, rendue un peu pénible par un infundibulum très-profond qui s'est formé au fond du vagin, dans le voisinage de la fistule. Tous les fils ont rempli leur office et aucun d'eux n'a traversé les

chairs. Une injection poussée dans la vessie revient par la sonde sans qu'aucune partie s'en écoule par le vagin. La sonde est encore maintenue pendant quelques jours.

Le 4 et le 5, le vagin a continué à rester parfaitement sec.

Le 6, il y a eu une garde-robe. La femme n'a pas perdu d'urine. Cependant, en l'examinant au spéculum, je découvre encore un petit pertuis au fond de l'infundibulum. Quand l'opérée pousse modérément ou qu'on injecte de l'eau dans la vessie, l'orifice ne laisse rien passer; il faut une pression assez forte pour qu'il laisse suinter une gouttelette d'urine. Cautérisation légère avec le nitrate acide de mercure.

Les jours suivants, point d'écoulement vaginal.

Le 10, l'opérée se plaint d'avoir encore été un peu mouillée. Cependant l'inspection du vagin ne fait rien découvrir de nouveau, et contrairement à ce que j'avais observé le 6, une injection, même forte, dans la vessie ne fait rien passer par le pertuis cautérisé.

Les 11, 12 et 13, il n'y a aucune évacuation par le vagin. Je renonce au cathétérisme permanent et fais sonder trois ou quatre fois par jour.

Le 15, le cathétérisme est supprimé. Un nouvel examen me fait constater que rien n'a changé dans la région opérée.

Le 16, la femme a eu ses règles : elles se sont écoulées par la vessie et rien n'a passé par le vagin. L'examen au spéculum ne fait découvrir aucune trace de sang dans ce canal. Le cathétérisme évacue une certaine quantité d'urine rouge, et vers la fin une espèce de sédiment de même couleur avec quelques petits caillots. La femme se lève. Les règles sont arrivées sans douleur.

Le 17, l'opérée continue à affirmer qu'elle n'a rien perdu par le conduit vulvo-utérin. Cependant, en appliquant de nouveau le spéculum, je découvre une gouttelette de sang un peu liquide au fond de l'infundibulum. Quelle est la

source de ce sang? Provient-il de l'intérieur de la vessie et est-il arrivé là par le pertuis que j'ai vu le 6 avril? Ou bien sont-ce les restes du col qui l'ont fourni? Une injection plusieurs fois répétée laisse du doute à cet égard. A tout hasard, je touche encore avec le nitrate acide.

L'opérée, excitée par son mari, qui est venu à l'hôpital, ne nous laisse pas le loisir d'observer le résultat de cette nouvelle cautérisation. Elle est persuadée qu'elle est guérie et ne comprend pas que je puisse encore chercher à la retenir; elle demande donc instamment son *exeat* qu'il m'est impossible de lui refuser.

Le 8 juin suivant, elle remplit la promesse qu'elle m'avait faite de revenir se soumettre à une nouvelle inspection. Elle continue à prétendre qu'elle est guérie. Elle a eu ses règles par la vessie, sans aucune souffrance ni inconvénient. Elle dit qu'elle doit uriner souvent, mais qu'elle retient parfaitement l'urine dans les intervalles; cependant elle en perd un peu quand elle attend trop longtemps. L'examen minutieux du vagin me fait découvrir un petit pertuis qui persiste au milieu de la cicatrice, dans le fond de l'infundibulum. N'ayant pas réussi à le guérir par la cautérisation, il est naturel que je songe à revenir à une seconde opération; je fais part de mes intentions à la patiente, qui paraît décidée à s'y conformer.

Le 17 juin, elle se présente à cet effet dans mon service. Elle est dans le même état que lors de ma visite précédente. Je constate de nouveau le petit pertuis, qui peut à peine admettre un stylet très-fin et qui est dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, du vagin vers l'intérieur de la vessie. Une injection poussée dans le réservoir urinaire ne fait rien revenir par cette fistulette. Lorsqu'on abandonne à elles-mêmes les parties formant le cul-de-sac vaginal, on voit que la paroi postérieure de l'infundibulum vient s'appliquer hermétiquement contre l'antérieure;

il est probable que plus haut la petite fistule se trouve complétement oblitérée par le même mécanisme, ce qui rend compte de la faculté que possède la patiente de retenir ses urines pendant un certain temps, et de la sortie de quelques gouttes quand la réplétion de la vessie dépasse certaines limites. Le contentement de la femme et sa prétention d'être guérie s'expliquent aussi de cette manière, car on comprend fort bien qu'en comparaison de l'infirmité dont elle a été délivrée, la nécessité actuelle d'uriner fréquemment lui paraisse une sujétion fort peu pénible.

Malgré ces circonstances favorables, je pensai qu'il était indiqué de ne pas renoncer à mon projet de terminer le traitement par une dernière opération. La patiente était rentrée à l'hôpital pour s'y soumettre; mais, sans cause connue, elle eut la bizarrerie de changer d'avis et de refuser toute nouvelle tentative : elle sortit le lendemain du jour où je l'avais visitée et au moment où je me disposais à l'opérer.

Une année se passa sans que j'entendisse parler de cette singulière malade. En juin 1869, elle reparut dans mon service, demandant à subir l'opération que je lui avais proposée, à cause, disait-elle, d'une nouvelle fistule qui s'était produite. L'ayant examinée au spéculum, je découvris des lésions qui me surprirent beaucoup. Une large fistule transversale de deux centimètres environ s'était formée au niveau du col utérin et donnait passage à un flot d'urine. A droite, à un demi-centimètre de là, se trouvait une autre fistule. La sonde introduite par l'urèthre pénétrait dans une petite cavité située immédiatement au delà du col vésical, mais était bientôt arrêtée par un obstacle insurmontable qui l'empêchait de pouvoir arriver jusqu'à la région des fistules; cet obstacle ne pouvait être tourné d'aucun côté par l'instrument. Il était évident qu'il s'était formé une adhérence entre les parois opposées de la vessie.

Tout cela me paraissait bien étrange et je réfléchissais à ce qui avait pu déterminer de si grands changements, lorsque la patiente finit par m'en donner l'explication. Elle m'avoua qu'elle était devenue enceinte et qu'après trois à quatre mois de grossesse elle avait avorté. Le fœtus, au lieu de passer dans le vagin, était tombé d'abord dans la vessie, et l'un de ses bras avait même passé par le canal de l'urèthre; il avait cependant fini par être expulsé par le vagin. Je ne voyais à cela rien d'impossible, vu la disposition des parties qui avait été le résultat de l'opération. Toutefois, pour plus de sûreté, je fis demander quelques détails à l'accoucheur qui avait été appelé par la sage-femme au moment de l'avortement. Celui-ci me confirma en tous points le récit de la femme. Le cas qui était soumis à mon observation constituait donc un exemple bien remarquable et bien extraordinaire de conception survenue à la suite d'une tentative d'occlusion du col utérin n'ayant laissé après elle qu'un pertuis presque imperceptible; le sperme, pour arriver dans la matrice, avait dû passer par ce trajet ordinairement humecté d'urine; les changements de rapports que présentaient les organes génito-urinaires n'avaient pas permis à l'œuf d'arriver à maturité, et son expulsion précoce l'avait conduit dans la vessie, qui avait probablement dû se contracter avec la matrice pour le porter, d'abord vers le col vésical et le canal de l'urèthre, puis, après des efforts infructueusement dirigés dans ce sens, vers la région, probablement encore affaiblie, de l'ancienne fistule; cette partie avait dû se rompre pour livrer au fœtus un passage vers le vagin, d'où la formation des deux nouvelles fistules; pendant les contractions expulsives, la muqueuse vésicale s'était probablement altérée elle-même et était devenue ensuite le siége d'un bourgeonnement suivi de l'adhérence de ses parois opposées.

Dans cet état de choses, il m'était impossible de faire

immédiatement une opération ayant pour objet l'occlusion des ouvertures uro-génitales : l'ignorance où je me trouvais des relations qui existaient entre les restes de la poche vésicale, la cavité utérine, les uretères et le vagin, m'eût exposé à tous les dangers d'une tentative incertaine et aventureuse. Je résolus donc de renvoyer la femme et d'attendre, avant de prendre une détermination définitive, qu'elle pût me donner de nouveaux renseignements sur le cours ultérieur des règles et la manière de se comporter de l'urèthre et des fistules. Si ces renseignements venaient me donner la certitude que les menstrues pouvaient trouver une issue par l'urèthre en passant par des rigoles restées libres dans la poche vésicale ; si, d'un autre côté, j'acquérais la conviction que les uretères continuaient à s'ouvrir dans la cavité urinaire, il me paraissait qu'il y aurait lieu à faire une nouvelle opération, malgré les adhérences vésicales. En effet, en supposant qu'après l'occlusion des fistules, la vessie ne pût se distendre suffisamment pour conserver longtemps son liquide, la malade, me disais-je, en serait quitte pour recourir souvent à la miction, nécessité beaucoup moins désagréable que l'incommodité résultant d'une incontinence non interrompue.

Je n'ai plus revu cette femme.

VINGT ET UNIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — OBLITÉRATION DU COL UTÉRIN. — OUVERTURE DES URETÈRES SUR LES BORDS DE LA FISTULE. — ADHÉRENCES.

Deux opérations. — Insuccès.

La nommée F..., Catherine, ouvrière, 36 ans, de Bruxelles, entre à l'hôpital le 15 septembre 1867. Elle est d'un tempérament nerveux, très-maigre, chétive et rachitique.

Elle a eu six enfants, dont cinq mort-nés. Trois fois il y a eu présentation de l'épaule. Le travail a toujours été très-lent. La dernière couche a eu lieu il y a neuf mois. L'enfant, qui présentait la tête, ne put être extrait par l'accoucheur malgré trois applications successives du forceps, et la femme fut envoyée à l'hôpital, où elle accoucha spontanément. Trois jours après, elle perdait ses urines par le vagin. Une longue suppuration la retint encore neuf semaines à l'hôpital. Elle eut pendant trois mois, à l'époque des menstrues, un petit écoulement d'un liquide rosé; puis les règles disparurent tout à fait.

Je ne pus l'examiner que le 11 octobre. Je trouvai une fistule de deux centimètres de largeur pouvant facilement admettre le doigt, transversalement dirigée et située à trois centimètres et demi au-dessus du méat urinaire. Sa lèvre antérieure, nettement tranchée dans le sens à peu près transversal, représente un bord assez mince; la postérieure offre un large biseau incliné, d'arrière en avant et de haut en bas, vers la cavité vésicale. La partie de ce biseau qui est située vis-à-vis de la lèvre antérieure offre tous les caractères de la muqueuse vésicale, qui continue à s'étendre

en haut dans l'étendue d'environ un centimètre, sans qu'une ligne de démarcation bien distincte soit établie entre elle et la muqueuse vaginale. Sur les côtés de cette lèvre, près des angles, existent, à droite et à gauche, deux orifices étroits et arrondis, par lesquels on voit sourdre d'une manière intermittente une certaine quantité d'urine. Un stylet s'engage, quand il est bien dirigé, dans chacun de ces orifices, qui sont évidemment les uretères. L'angle droit de la fistule est fortement adhérent aux parois pelviennes; l'angle gauche est un peu incliné en bas et ne présente pas d'adhérence. Derrière la lèvre postérieure, on ne trouve plus qu'une paroi lisse, espèce de cloison étendue de la vessie au rectum, sur laquelle il n'y a aucun vestige de col ni d'orifice utérin; seulement il existe sur la partie droite de cette cloison, derrière l'embouchure de l'uretère droit, un orifice d'un centimètre menant dans une espèce de doigt de gant imperforé de huit millimètres de profondeur. Ni la sonde introduite dans la vessie, ni l'index engagé dans le rectum ne rencontrent de saillie qu'on puisse prendre pour le col de la matrice. La cavité vésicale est très-petite et cesse presque immédiatement derrière la lèvre postérieure de la fistule. Quand on retire le spéculum, le rebord postérieur de l'ouverture retombe sur l'antérieur et tend à boucher la communication vésico-vaginale.

Ce cas était trop compliqué pour me permettre d'espérer une guérison radicale après une première opération, mais je crus que je pourrais en venir à bout en quelques séances répétées à des intervalles convenables. Je pratiquai ma première opération le 18 octobre 1867; elle dura deux heures et demie et nécessita l'application de huit fils. Je fis d'abord l'avivement de l'angle gauche; puis, ayant tracé avec le ténotome, sur la lèvre postérieure, une incision indiquant les limites présumées des muqueuses vésicale et

vaginale, je réséquai de celle-ci un lambeau de grandeur suffisante en ayant soin de le prendre au delà des orifices urétéraux; l'introduction d'un stylet dans chaque orifice facilita singulièrement le maintien de leur intégrité. Je rencontrai, sur la partie droite de la lèvre, un tissu craquant sous le ténotome, comme si j'avais divisé le col ou une cicatrice très-dure; une artère y fut intéressée et donna une hémorrhagie qui m'embarrassa beaucoup pendant tout le reste de l'opération. J'abordai ensuite la lèvre antérieure, puis l'angle droit, que je dus comme sculpter sur les os du bassin et dont il fallut détacher les deux bords pour en rendre le rapprochement possible. Quand il s'agit d'introduire les aiguilles, je ne pus les passer, comme d'ordinaire, de bas en haut, par la raison qu'aucun cul-de-sac n'existant au delà de la lèvre postérieure, je n'eûs pu les retirer sans léser le vagin. Je dus me servir d'aiguilles très-petites et très-courbes, les faire pénétrer en deux temps et les engager de haut en bas. Les fils d'argent durent naturellement être introduits dans le même sens, ce qui ne fut pas facile, le jeu du doigt conducteur se trouvant gêné par le défaut d'excavation derrière leurs points d'introduction. Le ténaculum enfoncé dans la substance vaginale dut faciliter souvent l'inspection et l'accessibilité des parties, et il fallut maintes fois porter le doigt dans le rectum pour en garantir la paroi antérieure de toute atteinte des aiguilles. Après l'opération, je remarquai que l'injection poussée dans la vessie faisait sortir en un point de la suture une espèce de petite rosée; je m'en inquiétai fort peu, mon but n'étant pas de chercher à réussir du premier coup. Je laissai les points de suture tels qu'ils étaient et fis transporter la femme dans son lit, lui donnant un peu plus de liberté que dans les cas ordinaires. J'introduisis cependant une sonde que je fixai aux poils de la vulve.

19 octobre. Langue sèche, soif, inappétence, douleurs abdominales vagues, augmentant à la pression. Pouls à quatre-vingt-dix. Il s'est écoulé de l'urine colorée par la sonde. Pas d'écoulement par le vagin. Cataplasmes sur le ventre. Boissons délayantes. Remplacement de la sonde.

20 octobre. Même état.

21 octobre. Il y a eu hier une envie d'aller à la selle qui a nécessité l'administration d'une dose de morphine que la malade a vomie. Pas d'appétit, langue sèche. Le ventre est souple et la face bien composée. Les urines ont coulé et sont claires.

22 octobre. Amélioration générale. L'opérée est gaie et demande à manger. Elle n'a pas été mouillée depuis l'opération et a pris encore deux centigrammes de morphine qu'elle n'a pas vomis. La sonde, que je renouvelle tous les jours et que je dois attacher aux poils à cause de la grande tendance qu'elle a à sortir, laisse couler une urine limpide.

23, 24 et 25 octobre. Même état.

26 octobre. La femme a eu une envie violente d'aller à la selle qu'il lui a été très-difficile de réprimer. Elle paraît être un peu plus soucieuse. Je procède à l'enlèvement des fils, après lequel je constate que la réunion est en bon état, sauf à l'angle gauche, où il semble s'être produit un léger arrachement par lequel on voit sourdre un peu d'urine. Cautérisation du pertuis; maintien de la constipation et de la sonde pendant deux jours.

28 octobre. Enlèvement de la sonde. La femme va à la selle. Elle se sent mouillée, dit-elle, comme avant l'opération. Les fesses sont écorchées pour avoir été trop longtemps en contact avec les bords de la palette destinée à recevoir l'urine.

Le 2 novembre, j'examine le vagin et reconnais que tout le milieu de la fistule est fermé, mais qu'il reste encore comme excorié et légèrement saignant. Il existe à l'angle

gauche une ouverture de la largeur d'un stylet, et en outre, à l'angle droit, une espèce de fente enfoncée d'un demi-centimètre environ de diamètre. Ce résultat, sans être aussi satisfaisant que semblait l'indiquer le dernier examen, répondait cependant assez bien aux prévisions que j'avais conçues dans le principe.

Le 4 novembre, l'opérée retourne chez elle pour laisser à la cicatrice le temps de se consolider.

Au commencement de juin 1868 seulement, elle revient à l'hôpital, pressée par les douleurs qui sont survenues au siége par suite de nombreuses excoriations. Elle a remarqué à deux reprises différentes, depuis la dernière opération, que ses urines contenaient un peu de sang; mais la présence de ce dernier liquide n'avait été accompagnée d'aucune douleur. Le vagin est encore très-court; il semble cependant que la cloison du fond s'est un peu excavée (serait-ce le coït qui aurait déterminé ce changement?). Il existe deux fistules : l'une à droite, d'un centimètre de diamètre, transversale, de forme triangulaire, à base tournée à droite, et adhérant, dans le fond d'un pli très-prononcé, aux os du bassin; l'autre, située à gauche, à un centimètre de la première, vers la paroi rectale, et présentant un orifice suivi d'un hiatus tourné en haut, exactement comme l'orifice d'entrée du conduit dentaire inférieur : le diamètre de cette dernière fistule est de deux millimètres. Quand on pousse une injection dans la vessie, il ne sort rien par cet orifice, à moins qu'on ne l'entr'ouvre avec un crochet mousse; le doigt introduit dans le rectum constate qu'il est surtout creusé dans la paroi recto-vaginale; la sonde, portée dans la vessie à l'effet de faire constater les rapports de la cavité urinaire avec l'orifice, rencontre difficilement le crochet mousse engagé dans le trajet de celui-ci; le cathéter a de la tendance à se porter en avant et en haut, en s'éloignant de la fistule, ce qui paraît dé-

pendre de la présence d'une saillie que l'instrument fait percevoir en arrière et en haut. Serait-ce le col utérin ou en seraient-ce les débris qui, depuis la première opération, auraient exécuté un mouvement de descente vers la cavité vésicale?

L'opération est pratiquée le 17 juin 1868. Les deux fistules sont disposées de telle manière que celle de gauche, dont le grand diamètre est dirigé de bas en haut, pourrait être avivée dans ce sens. Mais il ne m'est pas permis de le faire, car le peu de distance qui existe entre les deux ouvertures déterminerait la confusion des aires des deux avivements, de sorte qu'après leur achèvement il me manquerait une lèvre solide à droite de la fistule du côté gauche. Il faut donc que je me décide pour un avivement transversal réunissant les deux orifices dans une même plaie. Je commence par la partie gauche, en me guidant de temps à autre avec le doigt introduit dans le rectum; passant ensuite à la lèvre postérieure, j'y rencontre, comme la première fois, un tissu dur et j'y intéresse une artériole. A l'angle droit, j'éprouve de grandes difficultés et ne puis obtenir un rafraîchissement suffisant qu'en soulevant avec le ténaculum le fond du pli et en déchiquetant quelquefois les surfaces. Les huit points de suture qu'il faut employer ne peuvent être appliqués qu'en deux temps : il faut que je passe d'abord dans la lèvre antérieure, et d'avant en arrière, une aiguille droite, puis que j'enfile une nouvelle petite aiguille courbe pour traverser la lèvre postérieure. Pour les points qui avoisinent l'angle gauche, je constate avec le doigt engagé dans le rectum qu'ils passent très-près de la substance de l'intestin. Un phénomène qui m'intrigue beaucoup se manifeste pendant l'exécution du cinquième point : au moment où j'introduis l'aiguille à travers la lèvre postérieure, un jet de liquide clair est projeté le long de l'instrument. Je me demande d'où ce liquide

peut provenir? Est-ce de la cavité péritonéale, de la vessie ou de l'uretère? Ce ne peut être que de l'une de ces deux dernières sources, car la femme ne témoigne aucune douleur, et il est probable que c'est plutôt de l'uretère, puisque l'urine qui arrive dans la vessie en est évacuée par les fistules au moment où elle y entre. Quoi qu'il en soit, je juge convenable de retirer l'aiguille et de la placer à une petite distance de là. Quand la suture est terminée, la ligne de réunion se trouve tout près de la vulve, et l'ensemble du vagin apparaît comme un cul-de-sac de fort peu de profondeur. La patiente gémit et crie pendant toute la durée de la manœuvre chirurgicale (deux heures), et vers la fin se trouve mal. Une poudre de morphine amène un peu de calme. La sonde donne issue à une certaine quantité d'urine. L'instrument est fixé aux poils.

18 juin. Il y a quelques douleurs dans l'abdomen et dans les régions rénale et sacrée; cependant le ventre est souple et n'est pas ballonné. Anorexie. Pouls à quatre-vingt. Point de symptômes de péritonite. Urine claire. Cataplasmes.

19 juin. Mieux sensible. La femme est très-satisfaite; elle a un peu mangé. Nouvelle sonde avec nouvelle courbure.

20 juin. Le vase qui reçoit les urines contient un liquide louche mêlé de glaires. Il est survenu des ténesmes vésicaux qui ont projeté l'urine entre la sonde et l'urèthre. Il y a des douleurs plus vives vers les flancs, à la région rénale, mais la douleur au sacrum a diminué. Rien ne s'est perdu par le vagin. L'appétit a un peu diminué. Langue sèche. Nouvelle sonde de gomme.

22 juin. Amélioration. Il n'y a plus eu hier que trois ténesmes; mais il y a toujours de la douleur vers les flancs.

24 et 25 juin. Les douleurs s'aggravent. Les mucosités deviennent purulentes. J'essaye l'application d'une nouvelle sonde d'étain percée de deux grands yeux et je la fixe aux poils.

27 juin. La femme est plus malade; pouls à cent; frissons; la sonde a fait mal, elle est décidément moins bien supportée qu'une sonde de gomme élastique. Je la retire avec assez de difficulté et en produisant des douleurs, car la muqueuse vésicale s'est engagée dans ses yeux. La femme me dit que depuis deux jours elle se sent mouillée. L'examen du vagin démontre que plusieurs fils ont divisé les chairs. L'état général de l'opérée et les douleurs cystiques et rénales m'engagent, après l'enlèvement des fils, à ne plus employer de sonde. Cataplasme sur le ventre.

28 juin. Pouls moins fréquent mais petit. La femme a dormi. Plus de frissons. Un peu d'appétit. Ventre souple, non douloureux. Plus de douleurs à la région rénale ni vers le sacrum. Urines toujours bourbeuses, purulentes. L'opérée me redemande une sonde, disant qu'elle pourra bien la supporter. J'en place une de caoutchouc.

30 juin. Elle se plaint encore un peu d'une douleur au rein droit. Point de douleurs abdominales. Les urines ont meilleur aspect, mais sont toujours muqueuses. Encore un peu de fièvre. La femme se sent mouillée de temps en temps.

1er juillet. Amélioration notable. J'examine la région de la fistule et j'y trouve deux ouvertures, une à gauche, qui est celle que j'ai déjà constatée, une autre à l'angle droit. L'urine est un peu moins trouble. La constipation et une nouvelle sonde à demeure sont encore maintenues.

2 juillet. Tout paraît à peu près rentré dans l'ordre. Il y a eu la veille une selle, la première depuis l'opération. Il y a toujours un écoulement d'urine par le vagin. Je supprime la sonde.

7 juillet. La fièvre est revenue. Pouls à cent et trente, langue sèche, soif, inappétence; douleurs vives, augmentant par la pression, le long de l'uretère et vers le rein.

L'urine continue cependant à couler par le vagin. Bain tiède. Cataplasme. Limonade citro-magnésienne.

La réapparition des douleurs rénales, sans qu'il y ait dans le vagin aucune cause d'obstruction, puisque les deux fistules restent ouvertes, me donne à penser qu'il y a peut-être chez la femme une disposition à la gravelle. Interrogée sur ce point, elle déclare qu'elle a eu chez elle, à différentes reprises, des accès semblables qui duraient vingt-quatre heures et disparaissaient spontanément; toutefois elle n'a jamais observé de graviers dans ses urines. L'intermittence étant aussi possible, j'administre le sulfate de quinine et fais boire en même temps de l'eau de Contrexeville.

8 juillet. La fièvre tombe; les douleurs rénales ont disparu pour faire place à une sensation simplement incommode de ce côté. La femme, qui la veille était désolée, a repris courage et se montre un peu plus satisfaite.

13 juillet. Les urines sont encore un peu muco-purulentes. L'examen du vagin me démontre l'existence, au milieu de la ligne de réunion, d'une surface encore excoriée et un peu saignante, d'un centimètre et demi d'étendue, mais non perforée. A gauche, il persiste une fistule par laquelle je pénètre maintenant directement dans la vessie. A droite, la fistule est beaucoup rétrécie et il ne reste plus là que deux pertuis pouvant à peine recevoir le crochet mousse. Il revient fort peu de liquide par ces pertuis quand on injecte de l'eau dans la vessie. La femme perd encore, mais moins qu'avant l'opération.

16 juillet. Elle me montre un vase dans lequel elle a laissé couler ses urines. Le liquide est devenu beaucoup plus clair. Elle a jusqu'ici continué à prendre de l'eau de Contrexeville. Elle demande sa sortie. Je la lui accorde en lui faisant emporter quelques bouteilles d'eau minérale.

Le 5 août, elle revient se soumettre à ma visite à l'hô-

pital. La perte d'urine continue, mais moins qu'auparavant. Plus de douleurs rénales; il n'y a pas de miction.

Depuis cette date, je n'ai plus revu l'opérée.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

GRANDE FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — ADHÉRENCES.

Une opération. — Guérison, mais sans la possibilité d'uriner spontanément.

La nommée V..., Henriette, de Saint-Gilles lez-Bruxelles, servante, âgée de 30 ans, lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé et l'a conservée malgré l'infirmité dont elle est affectée.

Elle entre à l'hôpital le 9 juin 1868. L'accouchement qui a causé sa fistule a eu lieu le 25 mars. Il a été pratiqué par une sage-femme qui a laissé l'enfant au passage pendant trente-six heures sans appeler un médecin. L'enfant, qui présentait la tête, est venu mort et en partie putréfié. La femme ne s'est aperçue de l'écoulement d'urine par le vagin que neuf jours après. Les règles n'ont plus reparu.

La fistule est située à trois centimètres et demi du col vésical et, vu le peu d'étendue du vagin, se trouve au fond de cet organe. Elle a cinq centimètres de largeur et l'on y introduit facilement trois doigts. Sa direction est transversale. La vessie fait à travers l'orifice une hernie de deux centimètres de saillie. La lèvre antérieure se rebrousse en dedans, vers la cavité vésicale, de manière à rendre très-

difficile l'appréciation de la limite des deux muqueuses. La lèvre postérieure présente, vers le milieu de son étendue, l'orifice du col utérin ouvert à trois millimètres seulement du pourtour de la fistule. Cet orifice est tellement rétréci, que j'y puis à peine introduire une sonde cannelée. Les deux angles de la fistule, fortement adhérents au bassin, sont situés dans deux anfractuosités tellement profondes, qu'il est impossible d'en voir le fond, même en en écartant les bords avec un ténaculum.

Je procède à l'opération le 18 juin 1868. Les difficultés de l'avivement devant être grandes à cause de la situation profonde ou cachée de certaines parties de l'orifice anormal, je cherche d'abord à faciliter l'accessibilité du champ de l'opération en passant une anse de fil à travers le col utérin et une autre dans la substance vaginale située au-dessous de la fistule. Les deux anses ayant été tirées en sens inverse par un aide, afin de rendre plus apparent le fond de l'angle gauche, je soulève celui-ci avec le ténaculum, et l'excise, non sans peine, avec des ciseaux. J'accroche ensuite la lèvre postérieure, et quand l'avivement a été amené jusqu'à l'orifice du col, je laisse intacte la partie postérieure de cet organe et je n'en intéresse que la lèvre antérieure. Une artériole qui est blessée pendant ce temps de l'opération donne lieu à une hémorrhagie fort gênante. La lèvre antérieure de la fistule, pour pouvoir être rafraîchie, doit être fortement attirée en bas au moyen de l'anse de fil et du ténaculum, et déchiquetée par petits tronçons à l'aide de ciseaux courbes. L'angle droit est rendu opérable par le même procédé que celui employé pour l'angle gauche, et comme lui est avivé jusqu'au tissu osseux sans qu'il en résulte aucune hémorrhagie. L'ensemble de l'avivement donne une plaie très-étendue dont les bords ont une largeur plus grande que d'habitude (un centimètre et demi). Treize fils sont nécessaires pour fermer la plaie. Les points

de suture sont pratiqués de gauche à droite. Le premier doit être fait avec une aiguille de Jobert introduite d'arrière en avant, en commençant par la lèvre postérieure; les autres sont pratiqués d'avant en arrière, avec une aiguille droite pour la lèvre antérieure et une courbe pour la postérieure, ce qui nécessite le récnfilement d'une nouvelle aiguille entre les deux temps de chaque point. Lorsque ceux-ci sont arrivés au niveau du col, je suis forcé de ne saisir qu'une épaisseur de parties beaucoup moins grande que partout ailleurs et je fais sortir la pointe des aiguilles soit par l'orifice, soit suivant une ligne passant un peu en-dessous de son diamètre transversal, afin de ne pas risquer d'en fermer la lumière. Malgré ces précautions, le col, après la torsion des fils, se retourne et se perd dans la ligne de réunion, et il m'est impossible de l'y retrouver, quelques recherches que je fasse. Cette circonstance ne me contrarie ni ne m'inquiète pas trop, persuadé que je suis qu'aucune adhésion ne pouvant avoir lieu avec la lèvre postérieure de l'orifice utérin, que j'ai conservée intacte, les liquides provenant de la matrice sauront facilement se frayer une issue vers l'extérieur.

L'opération terminée (elle a duré trois heures et demie), je constate par une injection vésicale que l'occlusion de la fistule est parfaite. Chose singulière, je remarque qu'une petite partie seulement du liquide introduit sort par la sonde; mais à peine la femme est-elle replacée dans son lit, qu'un nouveau cathétérisme évacue une autre quantité assez notable d'urine.

Les suites de l'opération sont extrêmement favorables. Elles ne présentent rien de particulier, sauf un écoulement sanguin par la vessie, qui survient le deuxième jour et que la femme attribue à une réapparition de ses règles. Je suis bien plus porté à croire qu'il est dû à quelque hémorrhagie provenant d'un point de la suture. Le vase qui recueille

les urines renferme pendant quelques jours une certaine quantité de petits caillots. Pour en faciliter l'expulsion, je place une sonde d'étain à grands yeux. Bientôt ils disparaissent, mais les urines prennent un aspect purulent.

Le 27, en procédant à l'enlèvement des fils, je trouve la plaie parfaitement cicatrisée, sauf à l'angle gauche où persiste une petite fente à bords saignants. Cette fente est oblitérée, aussitôt que je retire le spéculum, par la descente des tissus appartenant au col, et lorsqu'alors j'injecte du liquide dans la vessie rien ne sort par la fissure. C'est ce qui explique comment l'opérée a pu, comme elle l'affirme, retenir ses urines pendant quatre heures, puis les perdre par le vagin en ressentant un grand soulagement après cette évacuation. L'accumulation de l'urine s'étant faite malgré la présence de la sonde, j'attribue ce phénomène à la présence de caillots ou à l'introduction de la muqueuse vésicale dans les ouvertures de l'instrument; cette dernière supposition est rendue plus probable par la difficulté que j'éprouve à le retirer et par la douleur que déterminent les mouvements de torsion que je suis obligé de lui imprimer pour le dégager. L'urine est encore purulente. Je replace une sonde de gomme élastique.

Le 30, les urines encore muqueuses ne sont presque plus purulentes. La rétention d'urine s'est montrée à différentes reprises, et l'opérée l'a fait souvent cesser en poussant la sonde plus profondément.

Le 1er juillet, l'état général continue à être excellent; la femme retient toujours ses urines pendant trois à quatre heures, mais elle croit qu'après ce laps de temps il s'en échappe un peu par le vagin. Cependant, en examinant cet organe pendant que de l'eau est injectée dans la vessie, je ne vois rien sourdre dans sa cavité. L'urine est devenue beaucoup moins trouble. Nouvelle sonde d'étain à petits trous.

Le 5, à différentes reprises, l'écoulement de l'urine s'est encore arrêté. Je retire la sonde, j'en introduis une autre et j'évacue près de trois cents grammes d'urine.

Le 7, un nouvel examen me fait voir qu'il y a encore à l'angle gauche de la ligne cicatricielle une fistulette par laquelle une injection ordinaire dans la vessie ne fait rien passer, mais qui suinte un peu quand on pousse fortement sur le liquide et qu'on en introduit une grande quantité. Je cautérise l'orifice avec le nitrate de mercure et je replace une sonde pendant deux jours seulement. La femme n'ayant pas encore été à la selle depuis l'opération, je lui administre un lavement huileux qui procure une évacuation abondante.

13 juillet. Je replace le spéculum dans l'intention de juger encore une fois de l'état des parties et surtout de constater ce qu'est devenu l'orifice du col utérin. Je vois avec plaisir que celui-ci est resté parfaitement libre vers le milieu de la cicatrice. Je ne trouve plus le pertuis fistuleux; le cathétérisme évacue une grande quantité d'urine et l'injection ne fait rien pénétrer dans le vagin. La femme cependant dit s'être encore sentie mouillée; mais elle ne peut affirmer que l'urine ne se soit pas écoulée par l'urèthre sans qu'elle en ait eu la conscience. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle ne sait pas uriner volontairement, et que chaque fois que le besoin s'en fait sentir, elle est obligée ou de se sonder elle-même, ou, quand elle n'y réussit pas, d'appeler quelqu'un à son aide. Je trouve encore quelques fils métalliques enfoncés dans les chairs, au fond d'un infundibulum profond qui s'est formé entre l'emplacement du col utérin et la région située autrefois au-dessous de la fistule. Je les retire.

22 juillet. Toute la partie réunie paraît solidement cicatrisée. Le crochet mousse pénètre encore dans un petit enfoncement situé à l'endroit où se trouvait l'ancien per-

tuis, mais je ne puis le faire arriver dans la vessie. Une pression très-forte exercée sur la colonne de liquide injectée dans ce viscère ne parvient pas à mouiller le pourtour de l'enfoncement. J'ai donc tout lieu de croire à une guérison complète.

Cependant la femme continue à être tourmentée par l'impossibilité où elle se trouve d'évacuer spontanément ses urines; elle a bien pu à différentes reprises et en exécutant d'assez grands efforts, en expulser quelques jets, mais elle n'a pas encore pu vider complétement la vessie, et elle a dû employer le cathétérisme chaque fois qu'elle voulait y parvenir. Cette circonstance, qui constitue maintenant la seule incommodité qui persiste, puisque la perte des urines par le vagin a complétement disparu, excite sérieusement mon attention et m'engage à faire une exploration plus minutieuse de la vessie et du rectum. Je finis par m'assurer au moyen du cathétérisme que la cavité vésicale est comme partagée en deux par une saillie dirigée d'arrière en avant et partant de la région correspondant au col utérin pour aboutir vers la face postérieure du pubis. Cette saillie laisse en dessous d'elle une petite portion de la poche vésicale et est surmontée d'une cavité beaucoup plus grande. Dans certains moments, l'application de la saillie derrière le pubis se fait d'une manière tellement hermétique, que la vessie se divise en deux compartiments, l'un, que le cathétérisme évacue au moment de l'arrivée de la sonde au delà de l'urèthre, l'autre, qui ne peut être atteint qu'en portant fortement en arrière le pavillon de l'instrument pendant qu'on en pousse le bec dans un sens inverse après lui avoir fait refouler l'espèce de diaphragme accidentel formé par la tumeur intrà-vésicale. L'introduction du doigt dans le rectum y fait découvrir le fond de la matrice et constater la rétroversion de cet organe.

Ainsi se trouvaient expliquées et l'évacuation en deux fois du liquide contenu dans la vessie après l'opération, et les rétentions d'urine survenues pendant le traitement consécutif malgré la présence de la sonde, et les difficultés qui s'opposaient à l'exécution complète de la miction après la guérison de la fistulette et l'enlèvement du cathéter.

Mais pour que des phénomènes de ce genre pussent se produire, il fallait nécessairement que le pubis fût très-rapproché du sacrum et qu'il y eût par conséquent une angustie pelvienne. C'est effectivement ce que je constatai par la pelvimétrie, qui me donna les résultats suivants : du promontoire au pubis extérieur, douze centimètres; épaisseur de la symphyse, cinq centimètres. Il n'y avait donc que sept centimètres pour le diamètre sacro-pubien intérieur; et si, lors de l'accouchement, l'enfant a pu passer par une filière si étroite, c'est évidemment qu'il était déjà tombé en putréfaction.

Pour remédier au renversement de la matrice, cause de la saillie du col dans la vessie, il y avait peut-être lieu de songer à l'introduction d'un pessaire. Je renonçai pour le moment à cette idée, de peur de compromettre la cicatrice de nouvelle formation que j'avais obtenue; je préférai astreindre la femme à l'inconvénient du cathétérisme fréquemment répété, qu'elle pratiquait maintenant elle-même avec beaucoup de facilité. Je lui permis donc de sortir de l'hôpital le 26.

Le 5 août suivant, elle y revint pour me faire connaître l'état où elle se trouvait. A cette date, elle continuait toujours à ne pouvoir uriner que très-peu et à devoir se servir de la sonde. Elle ne perdait plus rien par le vagin. Sa santé était on ne peut meilleure, et elle était décidée à reprendre ses occupations.

Je ne l'ai plus revue depuis, ce qui me fait supposer

qu'une amélioration sera insensiblement survenue dans ses fonctions urinaires.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

FISTULE VÉSICALE CERVICO-UTÉRINE.

Une opération par hystérokleisis. — Guérison de la fistule. — Péritonite consécutive. — Mort.

Clémence L..., de Beaudour (Hainaut), âgée de 36 ans, entre à l'hôpital le 16 avril 1869.

Mariée depuis quatre ans, cette femme a eu, un an après son mariage, un accouchement qui a duré deux jours et qui s'est terminé naturellement. L'enfant était mort, la délivrance se fit naturellement et les suites de couches furent heureuses. L'année suivante, en 1867, elle eut une nouvelle grossesse. L'accouchement fut très-laborieux et les douleurs, qui persistèrent du 30 septembre au 3 octobre, amenèrent, sans l'aide d'aucune application d'instrument, un enfant mort d'un volume énorme. La délivrance et les suites de couches furent néanmoins encore exemptes d'accidents.

A partir de ce dernier accouchement, elle commença à perdre ses urines. Dans la position assise, elle pouvait les garder un peu, mais le liquide s'écoulait pendant la marche; la nuit, il pouvait être quelquefois retenu, mais pas toujours. En général, la femme remarquait que l'écoulement était plutôt déterminé et augmenté par les mouvements que par la position. Les règles continuèrent à se montrer tous les mois par le vagin. La constitution et la santé, qui étaient robustes, se maintinrent sans aucun changement,

et l'embonpoint, la bonne coloration des chairs, la force musculaire ne subirent aucune atteinte de la présence de la fistule.

En procédant à l'examen du vagin, je trouvai que cet organe était intact et avait conservé toute sa longueur et sa largeur. Il n'était le siége d'aucune cicatrice. Le col utérin était effacé et présentait un contour bosselé, dur, inégal, déchiqueté, se continuant sans ligne de démarcation bien prononcée avec le reste du vagin. Le doigt pouvait aisément pénétrer dans son ouverture; après l'y avoir engagé, on sentait parfaitement le bec d'une sonde introduite dans la vessie par l'urèthre. En poussant une autre sonde par le col, on pouvait la faire entrer directement dans la vessie, ce qui était, du reste, prouvé par la rencontre immédiate de l'instrument qui s'y trouvait; mais quelques recherches que je fisse, il me fut impossible de parvenir à pénétrer dans la matrice.

Il existait donc une fistule vésicale cervico-utérine intéressant probablement presque toute la hauteur de la paroi antérieure du col, et incurable par tout autre moyen opératoire que l'hystérokleisis. Je prévins la femme et le mari que de nouvelles grossesses seraient impossibles après la guérison, et que le passage des menstrues se ferait par la vessie. Ces conséquences ne les détournèrent point du traitement, et je pratiquai l'opération le 23 avril.

La disposition particulière du col utérin paraissant rendre l'avivement et la réunion plus faciles dans la direction antéro-postérieure, c'est dans ce sens que je les exécutai. Avec des ciseaux tantôt droits, tantôt courbés sur le plat et sur les bords comme ceux que j'ai fait confectionner pour mon usage, je pratiquai deux larges excisions sur les côtés du col. Le tissu criait sous les instruments comme celui de la substance fibreuse; une hémorrhagie en nappe se déclara et gêna un peu l'opération, qui se termina cepen-

dant sans trop de difficulté. Les points de suture au nombre de sept durent être passés au moyen de l'aiguille de Jobert. La femme ne parut point beaucoup souffrir, car elle ne poussa aucune plainte et après la manœuvre se mit à se mouvoir et à causer comme si elle n'avait point été opérée. Une injection dans la vessie prouva que la réunion était exacte et complète. L'opération avait duré une heure.

Ayant placé la malade dans son lit, je lui introduisis une sonde d'étain que je fixai aux poils de la vulve au moyen d'un fil, à ma manière habituelle. Un peu d'urine sanguinolente s'écoula après l'introduction de l'instrument. Régime animal. Acétate de morphine au besoin.

Les jours suivants, l'état général est très-satisfaisant. Le sommeil est excellent, l'appétit bon, la fièvre et la douleur nulles et le moral on ne peut meilleur. La sonde fut plusieurs fois nettoyée et recourbée dans différents sens; les urines ne présentèrent plus de coloration rouge et sortirent transparentes du cathéter à partir du premier jour; à plusieurs reprises, la sonde étant obturée, elles furent retenues en grande quantité dans la vessie sans qu'il s'ensuivît aucun écoulement par le vagin. Cet état favorable se maintint jusqu'au 1er mai.

Le matin de ce jour, un frisson se déclare. L'opérée se plaint de sa constipation; elle a eu moins d'appétit depuis hier et sa langue est un peu chargée. Le moment d'extraire les fils étant arrivé, je procède à cette opération. Les premiers s'enlèvent avec assez de facilité, mais le dernier, le plus élevé, est tellement enfoncé dans les chairs, qu'il m'est impossible de le saisir. Comme l'oblitération de la fistule est parfaite et que la cicatrice est belle et solide, je crains d'endommager celle-ci en tirant, soit avec des pinces, soit avec le ténaculum, sur la cloison vésico-vaginale, pour l'abaisser et mettre ainsi plus à ma portée le fil qui est resté en arrière; après quelques nouveaux essais,

je me décide à le laisser en place, quitte à le reprendre quelques jours plus tard, lorsque la réunion aura acquis plus de résistance et de solidité.

L'opérée, pendant cette extraction, se plaint d'un peu de refroidissement. Quelque temps après, il y a de la réaction, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère, il y a de la céphalalgie et de l'inappétence.

Le 2 mai, la malade continue à se plaindre de la constipation. On lui passe un lavement huilé qui ne produit rien. Deux heures après, administration d'un second lavement. Dans l'après-midi, deux nouveaux lavements sont employés sans résultat.

Le 3, la nuit a été assez agitée. Vers le matin, elle commence à avoir des selles liquides; les garde-robes se succèdent sans interruption et finissent par remplir deux vases de nuit. A la suite de ces évacuations il survient une amélioration marquée, mais dans l'après-midi les accidents reparaissent. Chaleur et rougeur à la face, céphalalgie, pouls à cent vingt-huit; coliques, sensibilité du ventre à la pression; léger ballonnement.

Le 4, pouls à trente-quatre, mais plein. La face se grippe un peu. L'état local et l'état général se sont aggravés. Un peu de hoquet, ventre ballonné, douloureux; plus de selles; la sonde amène des urines troubles offrant une légère coloration rouge occasionnée par la présence d'un peu de sang. Application sur l'abdomen de quinze sangsues qu'on laisse saigner sous un léger cataplasme. La sonde est enlevée.

L'après-midi, l'opérée a pu parfaitement conserver ses urines. Amélioration, plus de hoquet : elle a vomi de la tisane, mais la limonade citrique a été conservée. Moins de douleurs abdominales. Une selle copieuse. La sonde évacue une grande quantité d'urine rougeâtre.

Le soir, l'amélioration continue; la gaieté est revenue.

Pouls à trente. Le sang fourni par les sangsues continue à couler abondamment.

La nuit est tranquille. Le matin la malade dort.

Le 5, l'amélioration se soutient; douleur abdominale diminuée; moins de ballonnement. Peau plus fraîche, langue humide. Pouls à vingt-cinq. L'urine est toujours sanguinolente. Je songe un moment à procéder à l'extraction du fil resté dans la plaie, mais la crainte de remuer la femme m'y fait renoncer. Dix sangsues sur la région hypogastrique, où il y a encore un peu de douleur.

Dans l'après-midi, l'état s'aggrave subitement. Douleurs abdominales violentes, ballonnement considérable, dyspnée, vomissements, peau froide, pouls petit. Frictions mercurielles à la partie interne des cuisses, fomentations avec de l'eau de guimauve et laudanum sur le ventre.

Le 6, face jaunâtre, grippée, peau froide, pouls insensible. Selle liquide abondante. Écoulement involontaire d'urine contenant du sang. La sonde n'évacue plus d'urine.

Le ventre est toujours très-douloureux. Frictions mercurielles. Vingt gouttes de laudanum en lavement.

Le 7, vers six heures, l'opérée se refroidit et commence à délirer. Vers sept heures et demie la réaction se fait, la chaleur renaît, le pouls redevient appréciable, trente-trois au quart. Ventre toujours ballonné. La malade urine dans son lit. Le cathétérisme amène un peu d'urine mêlée de sang noir. Grand vésicatoire sur le ventre.

Le 8, la nuit a été très-agitée, mais le matin il y a eu un peu de calme. Le refroidissement fait des progrès et la mort arrive dans la matinée.

Malheureusement, malgré toute mon insistance, le mari m'a opiniâtrément refusé l'autorisation de pratiquer l'autopsie. Je ne puis donc que faire des conjectures sur les causes de cette péritonite. Avait-elle été produite spontanément, sans l'intervention d'aucune cause antérieure?

Était-elle sous la dépendance d'une influence épidémique, et avait-elle quelque corrélation avec la cause des érysipèles et surtout des érysipèles de la face qui régnaient en ce moment à l'hôpital? Avait-elle eu pour principe la constipation dont s'était plainte l'opérée? Ou bien avait-elle été produite par l'opération, par la sonde, ou par la permanence d'un fil métallique dans le fond de la plaie? C'étaient autant de questions qu'on pouvait s'adresser. Après avoir réfléchi à ces différentes probabilités, il me parut qu'il n'était guère possible de rattacher l'accident aux deux premières causes, par la raison que la femme avait une constitution trop bonne et était entourée de trop de soins hygiéniques pour qu'une péritonite pût l'attaquer ainsi à l'improviste sans aucune raison appréciable; d'ailleurs, dans ce même moment j'avais à l'hôpital plusieurs sujets qui venaient d'être opérés (entre autres un enfant de onze ans à qui je venais de pratiquer la taille périnéale) et qui n'avaient point paru se ressentir de l'affection régnante. La constipation ne pouvait guère être regardée comme l'origine du mal : car un dénouement pareil ne rentre pas dans ses conséquences habituelles, et on l'observe ou on la provoque trop souvent sans inconvénient, pour que l'on pût raisonnablement la rendre responsable des désordres produits. J'étais bien plutôt disposé à admettre qu'un accident inhérent à l'opération avait déterminé l'invasion des phénomènes qui avaient amené la mort. Toutefois je ne pouvais croire que les diérèses produites avaient par *elles-mêmes* amené ces tristes résultats, attendu que les suites immédiates de la manœuvre chirurgicale avaient été d'une bénignité extraordinaire; je n'étais pas plus autorisé à en accuser le cathétérisme, quoique j'eusse présent à la mémoire un accident semblable survenu par cette cause à la suite d'une opération pratiquée dans le temps par M. Sims. Dans ce cas malheureux, en effet, des péri-

tonites antérieures avaient produit des adhérences et une immobilité complète de la vessie, tandis que les suites des deux couches de mon opérée avaient été très-naturelles et très-heureuses. Il ne me restait donc plus à soupçonner que la permanence du fil d'argent dans la plaie, et il y avait quelques raisons d'admettre cette étiologie, puisque, au moment même où les phénomènes péritonéaux s'étaient déclarés, il y avait eu un écoulement de sang dans la vessie, léger à la vérité, mais parfaitement évident et qui s'était accompagné d'un dépôt de muco-pus. J'étais bien sûr de n'avoir exercé aucune violence sur la plaie ni sur le fil abandonné dans la profondeur de son angle postérieur, puisque c'était précisément pour l'éviter que j'avais résolu de ne pas insister sur les tentatives d'extraction; il était du reste bien évident que l'enlèvement des liens n'avait été pour rien dans l'apparition de la péritonite, attendu que le frisson initial de la maladie avait précédé cette petite manœuvre qui, dans le fait, s'était pratiquée avec la plus grande facilité pour tous les fils extraits. Cependant il était possible que le corps étranger abandonné dans la cicatrice eût déterminé une ulcération perforative sur la lame de la séreuse qui devait se trouver dans un voisinage très-rapproché. En se fixant à cette hypothèse, on pouvait dire que l'ulcération avait débuté depuis quelque temps, que le jour de l'enlèvement des fils, au moment du frisson, elle avait atteint le repli de Douglas; que les suites inflammatoires de cette atteinte avaient été conjurées d'abord par le traitement antiphlogistique énergique institué, mais que, l'épine génératrice de la phlogose continuant à exercer son action, les symptômes pathologiques avaient dû se reproduire et finir par amener la séparation des lèvres réunies, le retour de l'incontinence d'urine, la formation de pus dans la cavité abdominale et la mort. Mais encore, dans cette supposition, comment s'était-il fait que le séjour

d'un fil métallique dans un tissu situé *à proximité* seulement du péritoine était devenu le point de départ d'un tel désastre, alors qu'ordinairement cette espèce de lien est parfaitement tolérée, et qu'il est même arrivé à certains opérateurs, après l'ovariotomie, de laisser *dans le ventre* ce qu'ils ont appelé des *ligatures perdues*, sans qu'ils aient eu à se plaindre de cette pratique? Il y avait là un mystère que j'ai été d'autant plus au regret de ne pouvoir éclaircir par l'autopsie, que les occasions de faire une inspection directe de l'ensemble des résultats des opérations de fistules ne se présentent que dans des circonstances extrêmement rares, et que souvent des praticiens parcourent toute leur carrière chirurgicale sans avoir le triste bonheur de pouvoir y procéder.

VINGT-QUATRIÈME ET DERNIÈRE OBSERVATION.

CLOAQUE VÉSICO-VAGINAL. — COMMUNICATION DIRECTE ENTRE LA VESSIE ET LA MATRICE.

Mort avant l'opération.

La description du cas suivant est relative non à un traitement chirurgical qui aurait été institué pour le guérir, mais au diagnostic et aux particularités d'une lésion qui a présenté des conditions tout à fait extraordinaires d'étendue, de complications et d'accidents concomitants.

Marie B..., de Bruxelles, âgée de 33 ans, repasseuse, entre à l'hôpital le 23 février 1869. Elle est chétive, rachitique, d'une taille extrêmement petite (un mètre). Ses membres inférieurs, mesurés de l'épine iliaque antérieure

et supérieure à la plante des pieds, n'ont que soixante-cinq centimètres de longueur : ils sont contournés de la façon la plus étrange, comme on le voit souvent chez les rachitiques.

Le 8 décembre 1868, elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement. Celles-ci augmentèrent graduellement jusqu'au 10, sans être suivies d'aucun résultat, malgré la rupture de la poche amniotique pratiquée par une sage-femme. Un accoucheur fut alors appelé et constata une présentation du sommet de la tête. Il appliqua le forceps, mais, malgré ses efforts réitérés, le crâne resta tellement immobile et enclavé dans l'étroite filière où il avait été attiré, qu'il dut se décider à le diviser en plusieurs morceaux avec des instruments appropriés; grâce à cette mutilation, il put réussir à extraire l'enfant. Aucune hémorrhagie, aucun accident n'accompagnèrent ni ne suivirent cet accouchement laborieux, mais la femme perdit involontairement ses urines à partir du moment de la sortie du fœtus. Quinze jours après, en se nettoyant, elle vit avec surprise sortir du vagin une lanière roulée sur elle-même, d'un gris ardoisé, qu'elle prit pour des matières coagulées. Elle entra alors dans les salles de médecine de l'hôpital, où on lui pratiqua l'extraction de la lanière qui, déployée et étalée, mesurait vingt-cinq centimètres de longueur sur dix de largeur et présentait une épaisseur d'environ trois millimètres. Elle était lisse, partout continue à elle-même, et l'épaisseur en était à peu près la même dans tous les points de son étendue. La patiente resta à l'hôpital jusqu'à ce qu'elle se sentît capable de marcher; elle en sortit alors pour rentrer à l'époque indiquée plus haut, avec l'intention de s'y faire opérer pour son incontinence d'urine.

A son arrivée dans mon service, cette femme avait récupéré la santé. Les règles n'avaient plus reparu. Elle était maigre, mais nullement décharnée; son appétit, ses diges-

tions, son sommeil étaient bons; elle ne perdait plus de pus par le vagin; tout semblait donc indiquer la possibilité de pratiquer utilement une opération.

Lors de mon examen, outre une difformité très-prononcée du bassin, dont je rendrai compte, je constatai que le spéculum, à peine entré dans le vagin, y tombait dans un cloaque d'où s'écoulaient les urines et dont les parois étaient devenues méconnaissables. La cloison recto-vaginale seule était restée intacte dans sa partie inférieure, mais en haut, à une hauteur d'environ six centimètres, elle se recourbait en avant en formant une concavité inférieure et se continuait sans interruption avec les parties les plus profondes et les plus relevées du cloaque. Aucun vestige de col utérin ne se dessinait sur la voûte de cette paroi, qui paraissait tapissée d'une membrane muqueuse rosée. Toute la cloison vésico-vaginale manquait. L'urèthre était conservé dans toute sa longueur, mais cessait brusquement à sa partie supérieure où il n'existait aucun vestige de col vésical. Le doigt, introduit dans le vagin et recourbé en avant, pénétrait, immédiatement derrière la partie supérieure de l'urèthre, dans une cavité où il se trouvait parfaitement libre et dont il lui était impossible d'apprécier toute l'étendue. Seulement, en haut et un peu en arrière, il percevait la présence d'un corps allongé en cylindre, mou, dépressible, lisse, donnant l'impression qu'aurait déterminée une anse intestinale. Le doigt, à l'entrée de la cavité, c'est-à-dire entre la partie supérieure de l'urèthre et la voûte de la paroi recto-vaginale, était encore très à l'aise, mais faisait constater cependant que les bords opposés d'avant en arrière n'en étaient pas fort éloignés l'un de l'autre.

Au premier abord, cette exploration donnait l'idée d'une absence totale de la vessie et du col utérin et d'une cavité formée au-dessus et en arrière du pubis par une anse d'in-

testin grêle, reliée par des adhérences, en avant à la symphyse pubienne, en arrière à la face antérieure de la matrice. Quelque singulière et extraordinaire que fût une cavité de ce genre, elle ne me paraissait pas tout à fait inexplicable; elle me rappelait différents cas de perforation du vagin et de la matrice avec issue d'anses intestinales, dans lesquels j'avais vu s'organiser des fausses membranes qui avaient fini par rétablir des cloisons nouvelles et procurer la guérison. Cette manière de considérer la lésion se conciliait, du reste, avec l'étendue de l'énorme plaque gangréneuse que la femme avait perdue après son accouchement.

Cependant je conservais des doutes à cet égard. Je répétai l'examen à plusieurs reprises et de différentes manières. Le spéculum ne me donnait pas beaucoup d'éclaircissements lorsque la femme était sur le dos ou sur le côté : il ne me faisait voir alors en avant qu'une ouverture conduisant dans un antre où tout était ténèbres et incertitude. J'eus donc recours à une autre attitude et je mis la femme sur les coudes et les genoux; ayant ensuite placé le spéculum en arrière et attiré fortement le périnée de ce côté, je fis projeter un faisceau de lumière sur la concavité de l'instrument explorateur qui, le renvoyant au fond de l'antre, me permit d'y distinguer le corps cylindrique que le doigt avait perçu. Il était transversalement dirigé et formait dans la cavité une saillie d'environ un centimètre et demi. La couleur en était d'un rose légèrement brunâtre, semblable à celle que présente un intestin qui n'a été que légèrement étranglé, et la surface semblait en être légèrement tiquetée et granulée, comme si elle avait été dépourvue de son épithélium. Ce mode d'inspection semblait donc confirmer mes premières conjectures. Mais l'étrangeté de ce fait me faisant toujours craindre quelque illusion, je m'entourai des avis éclairés de plusieurs collègues à qui je

demandai de vouloir bien contrôler mes observations. Tous pensèrent que les choses avaient dû et devaient se passer encore comme je l'avais supposé. Le seul diagnostic qu'il parût possible de faire se trouvait donc établi. Seulement nous nous demandions tous comment il était possible qu'un intestin supportât, sans témoigner aucune souffrance, le contact immédiat des urines fournies par les uretères, qui débouchaient évidemment dans quelques recoins du cloaque inappréciables pour nous.

Quoi qu'il en fût, je pensai que, les urines étant évidemment tolérées, il n'y avait pas de raison pour ne pas chercher à barrer le cloaque et à rétablir le cours naturel du liquide au moyen de l'occlusion de l'orifice vaginal. L'opération était possible, puisque le canal de l'urèthre fournissait encore la substance nécessaire et qu'en arrière les parties étaient restées intactes. L'occlusion fut donc décidée. Toutefois, comme j'avais remarqué à différentes reprises que le moindre attouchement sur la portion de la cloison recto-vaginale formant le bord postérieur de l'orifice du cloaque déterminait un suintement sanguinolent, je conçus des craintes concernant la solidité des cicatrices et je me demandai même s'il n'y avait pas là quelque affection de mauvaise nature susceptible de compromettre le résultat de l'opération. Je crus donc bon de ne rien précipiter, et résolus d'attendre qu'une observation attentive et assez longue me fixât sur ces deux points importants.

Bien m'en prit; car si j'avais passé outre, je serais venu, comme on va le voir, buter contre des obstacles qui eussent évidemment fait échouer ma tentative.

Le 22 mars, la patiente se plaignit d'accès de fièvre aparaissant régulièrement l'après-midi. Quarante centigrammes de quinine.

Le 23, les accès ont été moins marqués. Céphalalgie légère, anorexie. Même prescription.

Le 24, plus d'accès; il y a un peu de diarrhée. Diète.

Le 25, même état.

Le 26, la diarrhée augmente. Vomissements bilieux. Douleurs abdominales. Peau chaude, pouls fréquent. Eau de riz. Cataplasmes sur le ventre.

Le 27, même état.

Le 28, face grippée, langue sèche, vomissements, coliques intenses, diarrhée, ventre ballonné. Potion avec sous-nitrate de bismuth et un peu de sirop de morphine.

Le 29, le ballonnement a augmenté. Aggravation manifeste. Frictions mercurielles à la partie interne des cuisses.

Le 30, pouls à cent trente-quatre. Douleurs intolérables, vomissements incoërcibles, ballonnement énorme, refroidissement général, mort.

A l'autopsie, je trouve un épanchement purulent très-abondant dans la cavité abdominale. Le bassin et les organes qu'il renferme présentent les particularités suivantes :

L'excavation est fortement aplatie d'avant en arrière, beaucoup plus vers le détroit supérieur que vers l'inférieur. L'intervalle compris entre l'angle sacro-vertébral et la partie supérieure de la symphyse pubienne ne mesure que six centimètres. Du coccyx à la partie moyenne de la symphyse pubienne il y a sept centimètres. Le diamètre transversal du détroit supérieur est de onze centimètres; il est dirigé obliquement d'arrière en avant et de gauche à droite. Le diamètre transversal du détroit inférieur est de treize centimètres.

Il n'y a point, comme je l'avais supposé, d'anse intestinale faisant saillie dans le cloaque vaginal : ce que j'avais pris pour l'intestin n'est autre chose que le sommet de la vessie, renversé par la pression que l'iléon a exercée sur lui. Le corps de la matrice est encore très-développé et présente près de sept centimètres dans le sens

transversal. Le col utérin manque complétement; la cavité de la matrice s'ouvre directement dans la vessie par un orifice de cinq millimètres, dépourvu de toute saillie et caché au contraire dans le fond d'un petit infundibulum. La poche urinaire manque absolument de paroi inférieure. En haut et en arrière, elle est soudée au corps de la matrice, immédiatement au-dessus de l'orifice vésical de celle-ci, par une multitude de brides dont plusieurs sont encore très-faibles et dont l'ensemble forme une cloison qui n'a pas plus de deux à trois millimètres d'épaisseur et qui constitue là la seule barrière qui sépare le cloaque de la cavité péritonéale. Le rectum est resté intact dans toute son étendue. Entre sa face antérieure et la région inférieure de la face postérieure de la matrice existe un intervalle de deux centimètres qui n'est occupé que par une membrane très-mince, fort inégale, parsemée de petites brides irrégulièrement dirigées. Cette membrane, évidemment de nouvelle formation, comme celle qui sépare l'utérus de la vessie, limite la partie supéro-postérieure du cloaque et constitue la seule substance qui l'isole de la cavité abdominale. Elle présente en différents endroits de petites perforations. L'intérieur du cloaque offre donc deux régions fort amincies, l'une au-devant de la partie inférieure du corps utérin, l'autre, plus étendue, en arrière de cet organe. La surface vaginale de ces régions contraste par son aspect chagriné, déchiqueté, inégal et par l'épaisseur variable des différents points des parois, avec l'apparence lisse et régulière du reste du cloaque. La face postérieure de celui-ci décrit un arc de cercle à concavité antéro-inférieure, occupant, de bas en haut, le rectum, la membrane située entre cet organe et la matrice, la dépression au fond de laquelle se trouve l'orifice vésical de ce dernier viscère, et la membrane utéro-vésicale; la face antérieure de la cavité anormale commence à la partie supérieure de

l'urèthre, puis se continue immédiatement avec la paroi antérieure de la vessie. L'étendue antéro-postérieure du cloaque, examinée de la partie supérieure de l'urèthre à l'ouverture vésicale de la matrice, est de trois centimètres et demi.

Il est donc évident que, pendant l'accouchement, le col de la matrice a été broyé, et qu'en même temps les deux replis péritonéaux utéro-vésical et utéro-rectal, ainsi que la paroi inférieure de la vessie ont été compris dans les parties mortifiées. Avant le détachement et la chute de celles-ci, qui ont bien certainement constitué la lanière extraite quinze jours après l'accouchement, l'exsudation inflammatoire formée dans le bassin entre les organes lésés a eu le temps de s'organiser et d'établir un barrage entre la cavité péritonéale et le cloaque.

Cette observation prouve qu'il est prudent de ne pas opérer trop tôt des pertes de substance uro-génitales dont la cicatrisation n'est pas positivement assurée. D'un autre côté, elle démontre la difficulté du diagnostic de certains cloaques dont une partie est rétrécie par des déformations de l'excavation pelvienne. Enfin, elle rend évidente la possibilité de la guérison de lésions attaquant, conjointement avec certaines parties des voies uro-génitales, les replis péritonéaux situés entre la matrice, le rectum et la vessie. Cette vérité établie, il est incontestable que des fistules passant directement de la cavité du corps de la matrice dans celle de la vessie par l'intermédiaire de la cavité péritonéale, ne sont pas matériellement impossibles; on peut même regarder le cas qui fait le sujet de cette observation comme représentant une véritable fistule vésico-utérine, puisque la communication entre la vessie et la matrice se faisait directement sans passer par le col, qui était tout à fait détruit. La division qui, au commencement de la seconde partie de cet ouvrage (p. 217), comprend ces sortes de fistules,

n'est donc pas irrationnelle; elle est dès maintenant légitimée par l'observation, et il est probable que dorénavant, l'attention des praticiens étant mieux fixée sur ce point de pathologie, on découvrira de nouveaux cas qu'il faudra faire rentrer dans cette catégorie.

FIN.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

PREMIÈRE PARTIE.

EXAMEN HISTORIQUE ET SYNOPTIQUE.

DEUXIÈME PARTIE.

EXAMEN ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHAPITRE PREMIER.

DÉFINITION ET DIVISION.

CHAPITRE II.

ANATOMIE DU SIÉGE DES FISTULES.

CHAPITRE III.

ÉTIOLOGIE.

FISTULES CONGÉNITALES.

PAGES.

FISTULES ACCIDENTELLES.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

PAGES.

SIÉGE, FORME, DIRECTION, ÉTENDUE, TRAJET, NOMBRE DES FISTULES.

ÉTAT DES ORGANES VOISINS DES FISTULES.

COMPLICATIONS DES FISTULES.

CHAPITRE V.

SYMPTOMATOLOGIE.

SYMPTÔMES DES FISTULES EN VOIE DE FORMATION.

SYMPTÔMES DES FISTULES CONFIRMÉES.

PAGES.

TROISIÈME PARTIE.

EXAMEN PRATIQUE ET CLINIQUE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES AUTEURS CITÉS.

E.

F.

G.

H.

N.

O.

P.

R.

S.

